



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização na Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

**Cuidados especializados de enfermagem na
identificação precoce de potenciais dadores
de órgãos**

Andreia Filipa Rodrigues Sampaio

Lisboa

Novembro, 2017



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização na Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

**Cuidados especializados de enfermagem na
identificação precoce de potenciais dadores
de órgãos**

Andreia Filipa Rodrigues Sampaio

Orientador: Professor Doutor Jorge Ferreira

Comtempla as correções resultantes da discussão pública

Lisboa

Novembro, 2017



*“Investigar, é sempre questionar o modo como experienciamos o mundo, é querer
conhecer o mundo no qual vivemos como seres humanos”*

(Max Van Mann, 1990)

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Jorge Ferreira, obrigada pela sua orientação pedagógica, pelo apoio fornecido, pela disponibilidade prestada e pela sua organização e rigor.

Á Vanda pela sua persistência incansável durante esta corrida.

Às minhas orientadoras de estágio Inês e Tânia, por todas as oportunidades e partilha de conhecimentos e experiências.

Aos meus colegas de mestrado, pelos momentos partilhados ao longo desta jornada, por partilharmos os mesmos objetivos.

Aos meus colegas de trabalho, por toda a compreensão e por aturarem o meu mau feitio quando estava irritada com o mestrado.

Á Ângela pela partilha destes três anos, pelos longos telefonemas, conseguindo alcançar este objetivo ao mesmo tempo.

Aos meus fiéis amigos Inês e Filipe, pela força que me deram, pelas gargalhadas partilhadas e por me ajudarem a não desistir.

Aos meus pais, irmã e avós por acreditarem em mim, pelos olhares orgulhosos transmitidos e me terem transformado na pessoa que sou hoje.

Ao meu namorado por tudo! Por nunca me ter deixado desistir, por partilhar todos os momentos comigo e por acreditar em mim.

Aos que de alguma forma me fizeram crescer, que me ajudaram neste percurso e acreditaram em mim.

Ao Universo, pelas energias positivas enviadas.

RESUMO

Um dos maiores desafios na área da doação e transplantação continua ser a disparidade entre o elevado número de órgãos necessários e a quantidade de enxertos disponíveis. Neste sentido é importante que as equipas de saúde estejam consciencializadas para este problema, realizando uma constante atualização dos conhecimentos, de forma a melhorar a identificação de possíveis dadores.

A identificação de um potencial dador de órgãos requer conhecimentos e competências técnicas, nas quais o enfermeiro especializado em pessoa em situação crítica deve estar consciencializado e preparado. Sendo o enfermeiro o profissional de saúde mais próximo do doente e sua família desempenha funções distintas em todo o processo de identificação, referenciação e tratamento ativo do potencial dador de órgãos.

Este trabalho procura refletir todo o percurso realizado para o desenvolvimento das competências e conhecimentos necessários para a especialização nesta área do mestrado. A metodologia utilizada foi idêntica à do projeto de estágio (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010), com caráter descritivo e reflexivo sobre as atividades realizadas e competências desenvolvidas.

Os locais de estágio escolhidos permitiram prestar cuidados ao potencial dador de órgãos e sua família, desenvolvendo as competências preconizadas pelo mestrado em enfermagem na pessoa em situação crítica. Sustentei os cuidados prestados na Teoria do Conforto de Kolcaba, tendo em conta o referencial teórico Patrícia Benner, procurei atingir o grau de perita na área da colheita e transplantação, com a identificação de potenciais dadores de órgãos.

No serviço de urgência realizei uma formação na área da doação e transplantação de órgãos, analisando os conhecimentos dos enfermeiros antes da formação e o impacto da mesma no final, tendo obtido resultados bastante positivos no final da sessão. Na UCI participei na identificação de 3 potenciais dadores de órgãos e tratamento ativo. Tive ainda a oportunidade de conhecer a Coordenadora Hospitalar de Doação e acompanhar uma pesquisa do Registo Nacional de Não Dadores.

Com este percurso assumo ter realizados todos os objetivos propostos, alcançando as competências inerentes à finalização do mestrado.

Palavras-chave: Potencial Dador de Órgãos; Identificação; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

One of the biggest challenges in the organ donation and transplantation area continues to be the discrepancy between the number of necessary organs and the availability of organs to be transplanted. It is of utmost importance that the health teams are conscious of this problem, and perform a constant update of their knowledge as a mean of improving the identification of possible donors.

Identifying a potential donor requires technical expertise that the nurse specialized in critical condition patients must be trained and prepared in. This nurse is also the closest health professional to the patient and his family and plays critical roles in the process of identifying, referring and active caring of the potential organ donor.

This essay seeks to reproduce the course taken to develop the knowledge and the skills necessary to finish a Master degree in this area of expertise. The methodology used was identical to the one used in the project (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010), with a descriptive and reflexive character on the performed activities and developed skills.

The chosen locations for the internships allowed me to take care of a potential organ donor and his family, developing the skills recommended by the Master's Degree in nursing of a patient in critical condition. The treatments given to the patient were supported by the Kolcaba Confort Theory, taking into consideration the theoretical reference of Patricia Benner, trying to achieve an expert level in the field of organ harvesting and transplantation with the identification of potential organ donors.

In the Emergency Service I gave a training course in organ donation and transplantation, where the knowledge of nurses was evaluated before and after the training course, getting positive results at the end. Also, in the Intensive Care Unit I had the opportunity of being part of identifying and actively caring 3 potential organ donors. Last but not least, I had the privilege of meeting and following the hospital's Organ Donation Coordinator on a research for the National Registry of Non Donors.

With this professional background and course I assume to have completed all the proposed goals, achieving the skills necessary for the Master's degree completion.

Key Words: Potential Organ Donor; Identification; Nursing

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	21
1.PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM NA IDENTIFICAÇÃO DO POTENCIAL DADOR DE ÓRGÃOS.....	25
1.1 Enquadramento conceptual da temática.....	25
1.2 Princípios Éticos da Transplantação de Órgãos.....	33
1.3 A evolução estatística da doação e transplantação	35
1.4 Intervenção do enfermeiro junto da família do potencial dador de órgãos	39
2. ANÁLISE DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM.....	43
2.1 Serviço de Urgência	44
2.2. Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos	54
CONCLUSÃO.....	67
BIBLIOGRAFIA	71
ANEXO I - CRITÉRIOS DE MORTE CEREBRAL	
ANEXO II - ESCALA DE COMA DE GLASGOW	
ANEXO III - PROTOCOLO DE SPIKES	
ANEXO IV - TABELA DE VALORES CRÍTICOS DE WILCOXON	
APÊNDICE I - GUIÃO DA ENTREVISTA PARA OS ESTÁGIOS	
APÊNDICE II - PLANO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO	
APÊNDICE III - APRESENTAÇÃO: DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTAÇÃO	
APÊNDICE IV - QUESTIONÁRIO SOBRE A FORMAÇÃO	
APÊNDICE V - ANÁLISE ESTATÍSTICA – TESTE WILCOXON	
APÊNDICE VI - CHECK LIST DE ATIVIDADES DE ENFERMAGEM RELACIONADAS COM O POTENCIAL DADOR DE ÓRGÃOS	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Objetivos específicos e atividades desenvolvidas no SU..... 38

Tabela 2. Objetivos específicos e atividades desenvolvidas na UCINC..... 47

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Número de dadores em Morte Cerebral entre 2009 e 2016.....	34
Gráfico 2. Idade média dos dadores vs. Número dos órgãos colhidos ao longo dos anos.	37
Gráfico 3. Taxa de utilização dos órgãos.....	35

SIGLAS

ASST - Associação para os Serviços de Sangue e Transplantação

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CHD - Coordenador Hospitalar de Doação

DL – Decreto-Lei

DR – Diário da República

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

GCCT - Gabinetes Coordenadores de Colheita e Transplantação

IPST - Instituto Português do Sangue e Transplantação

MC – Morte Cerebral

OE - Ordem dos Enfermeiros

PDO – Potencial Dador de Órgãos

PMC – Provas de Morte Cerebral

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RENDA - Registo Nacional de Não Dadores

SU – Serviço de Urgência

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da ciência e tecnologia leva a inúmeras mudanças significativas na área da saúde relacionadas com o aparecimento de novas doenças, que associadas ao envelhecimento da população fazem com que o Homem seja cada vez mais exigente. Deste modo, para compreender a razão dos factos torna-se evidente a necessidade de procurar uma maior qualidade dos cuidados e responsabilidade profissional. Perante esta realidade requer-se aos profissionais competências, responsabilidades, trabalho em equipa e desenvolvimento colaborativo de saberes (Alarcão *et Rua*, 2005, pág. 375).

Nesta perspetiva é importante que os enfermeiros adquiram competências profissionais especializadas, pois tal como está descrito pela OE:

“(...) os enfermeiros constituem, atualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade (...) para satisfazer níveis de saúde cada vez mais exigentes, assim como a organização desses cuidados em ordem a responder às solicitações da população” (OE, 2003, pág. 3).

No âmbito do 5º Mestrado na Área de Especialização em Pessoa em Situação Crítica (PSC), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), resultou a elaboração deste relatório de estágio que visa espelhar todo o percurso realizado ao longo do 3º Semestre, entre outubro de 2015 até fevereiro de 2016, demonstrando a operacionalização do projeto traçado no 2º Semestre do curso de mestrado, assim como as dificuldades sentidas para a sua concretização.

De forma a dar resposta ao acima exposto, o desenvolvimento de competências de Mestre vão de encontro aos descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação e de Enfermeiro Especializado em Enfermagem à PSC, de acordo com o Regulamento de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de PSC da ESEL (ESEL, 2010) e os documentos publicados pela Ordem dos Enfermeiros (OE) tais como: o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e (OE, 2010b) o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC (Ordem dos enfermeiros, 2010C). Com o objetivo de delinear um percurso que permitisse a conclusão desta etapa académica com um elevado grau de satisfação e realização pessoal.

Procurei desenvolver competências que me levassem a atingir o nível de “perita” na área da identificação de potenciais dadores de órgãos (PDO), tal como refere Benner (2001, pág. 58) quando descreve que a enfermeira tem “uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis”. Em paralelo, não esquecendo o tema do mestrado em questão, procurei desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à PSC desenvolvendo as mais diversas atividades, tal como a OE (OE, 2010C) descreve de “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”.

De modo a alcançar as competências preconizadas para este mestrado e de forma a direccionar os cuidados de enfermagem numa área específica, o tema escolhido foi: Cuidados Especializados de Enfermagem na Identificação do Potencial Dador de Órgãos.

A área da doação e transplantação de órgãos tem vindo a evoluir nos últimos anos, porém a identificação e manutenção dos PDO em morte cerebral (MC), continuam entre os grandes desafios enfrentados pelas equipas que trabalham nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e serviços de urgência (SU). Sendo que no caso dos dadores em MC o principal objetivo é maximizar o número de órgãos transplantáveis e a sua qualidade, decorrentes de um episódio de paragem cardíaca, instabilidade hemodinâmica, infeções nosocomiais ou complicações relacionadas com a terapia intensiva.

A escassez de órgãos continua a ser um fator de maior importância que limita os programas de transplantação. Neste sentido a evolução no perfil do dador de órgãos é a evolução que reflete os avanços e recuos no campo da doação (World Health Organization, 2010), contudo o maior desafio continua a ser a necessidade de órgãos transplantáveis que excede a quantidade de órgãos disponíveis.

O processo de enfermagem traduz-se na prática clínica e orienta o trabalho do enfermeiro, organizando as etapas necessárias para a prestação de cuidados e a obtenção de resultados. A identificação do problema, isto é, o diagnóstico de enfermagem, passa pelo reconhecimento das suas características definidoras e de fatores relacionados com o fenómeno em estudo, sendo este a metodologia científica do cuidado em enfermagem.

(Fontes, Cruz, 2007; Caldeira *et al*, 2012). Desta forma, foram definidos dois objetivos gerais:

- ✓ Desenvolver competências no cuidar da pessoa e família/pessoa significativa, a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- ✓ Desenvolver competências de enfermagem na identificação de potenciais dadores de órgãos.

Para conseguir atingir os objetivos propostos, foram realizados dois estágios, o primeiro no SU considerando este serviço a porta de entrada para quase todos os doentes e o segundo numa UCI, com elevada casuística de doentes vítimas de patologia neurológica.

Considero o enfermeiro especialista como sendo um profissional reflexivo, capaz de mobilizar a informação científica, técnica, e relacional não descurando da sua prática. Os locais de estágio revelam ser extremamente importantes, pois a “aprendizagem experiencial em ambientes de alto risco requerem o desenvolvimento de um sentido de estrutura moral e de responsabilidade” Benner (2001, pág.16). Os estágios traduzem a teoria na prática, podendo consolidar os conhecimentos e desenvolver as competências definidas para o enfermeiro especialista, proposto pela OE (OE, 2010b) que descreve que o enfermeiro especialista é “um profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem (...), que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção” (OE, 2010b, pág.17).

Ancorar a metodologia de trabalho a um modelo teórico é fundamental, para direcionar os cuidados prestados ao doente e sua família, revelando elevados níveis de eficácia e eficiência que nos levam a cuidar da pessoa e família de uma forma holística. Tendo em atenção que o doente e sua família enfrentam um momento desconhecido que causa desconforto físico e psicológico, o enfermeiro deve procurar estratégias para diminuir e/ou alterar o estado do doente e sua família. Com este intuito, selecionei como modelo teórico a Teoria do Conforto de Kolcaba. Esta refere que o enfermeiro deve identificar quais as necessidades alteradas e intervir, referindo que o conforto é definido como o estado imediato de ser fortalecido, através das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência estarem satisfeitas em quatro contextos (físico, psíquico, social e ambiental) (Kolcaba K. , 2003). Aqui, o alívio representa “o estado, a experiência dum doente a quem foi satisfeita uma necessidade de conforto específica”, a tranquilidade,

“um estado de calma, sossego ou satisfação” e a transcendência, “o estado no qual é possível superar problemas ou dor” (Kolcaba & Fisher, 1996; Kolcaba K. , 2003). O enfermeiro pode intervir junto do doente e sua família nos quatro contextos, tendo como premissa a satisfação das necessidades alteradas.

A metodologia utilizada para a elaboração do presente relatório é a descritiva e reflexiva, recorrendo à pesquisa bibliográfica que sustenta e contextualiza os motivos apresentados para a escolha desta temática, descrevendo as atividades realizadas de modo a demonstrar as competências adquiridas e desenvolvidas ao longo deste percurso, conseguindo alcançar o nível de “perita” conforme Benner (2001, pág. 58).

Relativamente à organização estrutural, o trabalho encontra-se dividido em três momentos, no primeiro capítulo é abordado o enquadramento conceptual da temática, onde são destacadas as principais ideias que serviram de sustento para todo o percurso realizado. O segundo capítulo descreve sucintamente todo o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências ao longo dos estágios realizados, baseado numa análise reflexiva. No final apresentam-se as considerações finais, referindo os contributos dos estágios, assim como as dificuldades encontradas e as perspetivas futuras de desenvolvimento.

Este relatório cumpre as normas do Guia Orientador para a elaboração dos trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações da ESEL, e as normas *American Psychological Association* (6ª Edição), redigido segundo o novo acordo ortográfico.

1. PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM NA IDENTIFICAÇÃO DO POTENCIAL DADOR DE ÓRGÃOS

“O cuidado é a essência da enfermagem, sendo o seu objetivo proteger, melhorar e preservar a dignidade humana” (Watson, 2002). Neste sentido o seguinte capítulo foca-se no cuidado de enfermagem à PSC, indo de encontro ao tema principal, cuidados de enfermagem na identificação do PDO, incluindo os cuidados de enfermagem à família.

1.1 Enquadramento conceptual da temática

A PSC é definida, como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Ordem dos enfermeiros, 2010C). Deste modo, a abordagem ao doente adulto grave requer a presença de uma equipa multidisciplinar, que tenha conhecimento das suas funções de forma a desempenha-las com a metodologia correta (Silva & Lage, 2010), face ao referido é de grande importância que as equipas dos SU e UCI sejam constituídas por diversos elementos com experiência profissional, de modo a que exista uma resposta às necessidades do doente em tempo útil, tal como verificado nos estágios desenvolvidos.

Torna-se imperativo que o enfermeiro Especialista e Perito apresente competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem gerais e especializados em áreas específicas da Enfermagem. Para a OE estes enfermeiros detêm:

“(…) um conhecimento aprofundado num domínio de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.” (OE, 2010b, pág. 2).

Os cuidados de enfermagem à PSC devem ser qualificados e prestados de forma contínua, dando resposta às necessidades afetadas, tendo como objetivo a manutenção das funções básicas de vida, a prevenção das complicações e a diminuição das incapacidades, tendo como finalidade a recuperação total do doente (Ordem dos enfermeiros, 2010C).

A abordagem do enfermeiro exige competências específicas e uma formação estruturada e organizada, permitindo o planeamento das práticas de trabalho em situação crítica, maximizando a eficácia e a eficiência da sua atuação (Silva & Lage, 2010), este deve ser o lema de trabalho de qualquer profissional de enfermagem, dando importância à área da formação, pois devemos procurar sempre a excelência dos cuidados através de uma prática baseada na evidência científica.

Uma outra competência do enfermeiro cuidador envolve-se com a constante utilização de equipamento tecnológico como meio de tratamento, devido à dinâmica de cada serviço este recurso torna-se parte integrante e essencial da prática competente do enfermeiro (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011). A formação continua sobre o equipamento tecnológico que invadiu o meio hospitalar é fundamental para o dia-a-dia do enfermeiro, de forma que cada vez mais são utilizados novos equipamentos médicos que a equipa de enfermagem também tem de estar apta para o manuseamento correto do material.

Os SU e as UCI retratam ambientes em que o uso tecnológico para o tratamento do doente é frequente e fundamental. Remetendo a ocasiões em que os doentes se encontram sujeitos a ambientes destes e recebem a visita dos seus familiares, é importante também que o enfermeiro recorra aos seus conhecimentos, capacidades, sabedoria, experiência, intuição, ética, ao cuidado e à confiança para ajudar os doentes e suas famílias a perceberem os equipamentos tecnológicos como ferramentas capazes de os ajudar (Ashworth, 1990).

Embora a qualidade dos cuidados de enfermagem, em contextos críticos, tenha sofrido avanços muito significativos nos últimos anos, sobretudo associado ao desenvolvimento tecnológico, a verdade é que estes avanços tecnológicos não substituem, a presença do enfermeiro (Ashworth, 1990). Os equipamentos tecnológicos são bastante úteis na identificação e deteção de alterações fisiológicas, mas estes não substituem a capacidade de interpretação e/ou de intuição característicos do ser humano. Os enfermeiros, ao serem os profissionais que passam mais tempo em contacto com o doente, são responsáveis pela monitorização contínua e manutenção dos parâmetros fisiológicos, assim recorrer às tecnologias ajuda o trabalho do enfermeiro mas não retira o poder de interpretação. É importante ter em conta que o elemento central da enfermagem é a capacidade de perceção e de reconhecimento atempado, pois é através desta perceção e reconhecimento que é possível prevenir e intervir precocemente nas emergentes ou potenciais complicações (Benner, 2001).

A capacidade intuitiva é ainda uma outra capacidade que o enfermeiro vai adquirindo ao longo do tempo e que permite antecipar o declínio de um doente antes mesmo que qualquer evidência objetiva de deterioração esteja presente (Benner, 2001), como no doente crítico quando observamos um comportamento diferente, possível agitação ou desorientação motora, ou quando o doente refere um mal-estar que não consegue descrever ou identificar os sintomas, a experiência adquirida pelos enfermeiros conjugada com o sentido intuitivo pode revelar-se um fator de ajuda para a identificação primária de uma alteração fisiológica ainda não traduzida em alterações visíveis. Assim, tanto a competência técnica como os aspetos psicossociais são componentes essenciais do cuidado de enfermagem. A enfermagem é uma profissão cheia de polivalência e flexibilidade e afirma-se, na multidisciplinaridade, pela combinação entre as propriedades da alta tecnologia e as do máximo toque, tendo como premissa a máxima qualidade dos cuidados prestados (Ashworth, 1990; Morais, 2013).

Fazendo referência a um dos focos do meu trabalho, a qualidade dos cuidados de enfermagem vou de encontro ao pensamento de Hesbenn (2001, pág. 52) “uma prática de cuidados de qualidade é aquela que faz sentido para a situação que a pessoa doente está a viver e que tem como perspetiva, que ela, bem como os que a rodeiam alcancem a saúde” neste sentido é importante tratar do doente mas também envolver a família no plano de cuidados, criando um ambiente terapêutico e de confiança mútua. Da mesma forma Fragata *et. al* (2011) afirma que, a qualidade dos cuidados “tem a ver com o providenciar de cuidados adequados, tecnicamente perfeitos e, naturalmente, com a satisfação dos doentes pelos resultados alcançados”,

Outro foco central do meu cuidar foi o Conforto. Esta temática surgiu no decorrer do primeiro estágio no SU, de uma forma inesperada, merecendo de imediato a minha atenção mas, tomou maior dinamismo e relevância durante o segundo estágio na UCI, numa vertente mais ligada à família. O Conforto da pessoa doente e da sua família terá de ser, cada vez mais, um dos principais focos de atenção nos cuidados de cada enfermeiro. Tal como nos diz Apóstolo (2009, pág. 62), “a literatura deixa transparecer que o conforto é um conceito que tem sido identificado como um elemento dos cuidados de enfermagem; está vinculado com a sua origem e tem vindo a assumir, ao longo da história, diferentes significados...”. Existem vários autores que dedicaram a sua atenção de estudo ao tema conforto, mas foi em Kolcaba que sustentei a minha atuação por ter

considerado que a sua teoria era a mais orientadora para a definição de estratégias de intervenção, sendo também a teoria com a qual me identifiquei em termos ideológicos.

Para Kolcaba (1994, pág. 1179) o conforto consiste em três estados, designados de alívio, tranquilidade e transcendência, sendo que estes estados são contínuos, interdependentes e sobrepostos, podendo ser aplicado a satisfação destes três estados tanto ao doente crítico como à sua família, numa situação mais específica também direcionada para a família do PDO.

Da mesma forma Collière (2003, pág.182) considerava os cuidados de conforto como “os cuidados que encorajam, que permitem adquirir segurança, que favorecem a renovação e a integração da experiência, para que haja aquisição”. Atribuo a esta afirmação um duplo significado, numa situação em que o doente tenta superar o seu estado de doença, como num contexto mais direcionado para o meu tema, em que a família atravessa por um processo de perda de um ente querido e é confrontada com o processo de doação de órgãos, neste sentido é de máxima importância a função de equipa de saúde para fornecer toda a informação necessária, fortalecendo a família num momento de perda, atribuindo-lhes conhecimentos de modo a criar-se um ambiente de segurança, numa perspetiva de integrar a família numa nova experiência levando-a a aceitar a morte e iniciar o processo de luto com uma melhor aceitação de toda a situação. De forma a conceptualizar e operacionalizar os meus cuidados utilizei como âncora a teoria de Kolcaba.

O caráter multidimensional atribuído ao conforto remete-nos para a intersubjetividade do termo, ou seja, significa coisas diferentes para diferentes pessoas (Kolcaba & Kolcaba, 1991). Neste sentido é necessário estar atento tanto às necessidades do doente como da sua família, no caso da família dos potenciais dadores de órgãos, é preciso perceber quais as suas necessidades, e tentar colmatar da melhor forma essas dificuldades, de modo a aceitarem a perda do seu familiar e iniciarem o processo de luto.

Desta forma é necessário que os enfermeiros olhem para o doente e sua família de uma forma holística, e sejam capazes de identificar as várias necessidades mesmo quando em situações de urgência, tendo em conta todos os fatores inerentes aos cuidados de enfermagem. Sabemos que a tecnologia invadiu os cuidados de saúde, sendo muitas vezes fatores que geram desconforto, tanto para o doente como para a sua família. É importante que o enfermeiro, sendo o profissional que está mais perto do doente, esclareça todos os

participantes (doente e/ou família) sobre a função dos equipamentos tecnológicos que envolvem o tratamento.

Segundo Cavalcante *et. al* (2014) apesar de todo o avanço tecnológico, em muitas situações não é suficiente para reverter os danos causados a nível cerebral. Um dos danos irreversível é a MC. É então importante saber identificar quando é que o doente atinge esta fase na sua patologia e informar/alertar o médico para esta possibilidade.

Para a Organização Mundial de Saúde (2009)¹ MC é definida como cessação irreversível da função do tronco encefálico e cerebral; caracterizada pela ausência de atividade elétrica no cérebro, fluxo sanguíneo para o cérebro e função cerebral determinada pela avaliação clínica das respostas. Uma pessoa com morte cerebral está morta, embora seu funcionamento cardiopulmonar possa ser artificialmente mantido por algum tempo.

A necessidade de determinação e certificação de MC surgiu devido à evolução das técnicas médicas, nomeadamente de reanimação, de suporte ventilatório e hemodinâmico ao longo dos anos. A definição e critérios de morte encontra-se regulamentada pelo Decreto-Lei n.º141/99 artigo 2º e 3º, tendo a Declaração da Ordem dos Médicos, publicada no Diário da República, 1.ª série-B, n.º 235, de 11 de outubro de 1994, fixado os critérios e regras de semiologia médico-legal de verificação da MC (Anexo I), sendo definida como a “cessação das funções do tronco cerebral e da sua irreversibilidade” (Ministério da Saúde, 1994a, pág. 6160).

Segundo Carneiro (2008) a morte é definida pela morte do tronco cerebral e não pela paragem do coração e da respiração. Assim, quando se confirma a morte do tronco cerebral (área do cérebro que controla o funcionamento dos órgãos essenciais para a vida) declara-se a morte para essa pessoa, sendo possível que, nesse momento, todos os restantes órgãos estejam a funcionar e viáveis mesmo que seja à custa de medicamentos, máquinas e outros tratamentos. Neste momento o morto tem um *status* de vivo, e perante a perceção da família a aceitação da morte torna-se mais difícil, sendo importante o esclarecimento dos conceitos presentes.

¹ Irreversible cessation of cerebral and brain stem function; characterized by absence of electrical activity in the brain, blood flow to the brain, and brain function as determined by clinical assessment of responses. A brain dead person is dead, although his or her cardiopulmonary functioning may be artificially maintained for some time (World Health Organization, 2009, pág. 8)

A tecnologia de suporte é especialmente útil para manter as funções vitais de doentes em estado crítico, até que a etiologia que precipitou a situação patológica possa ser revertida, possibilitando à pessoa doente uma nova oportunidade para viver. No entanto, existem situações de doenças em que mesmo recorrendo a todo o suporte tecnológico, não é possível manter o doente vivo, o que determina a necessidade de aceitar que existe um ponto na vida humana em que a morte é inevitável, não restando outra alternativa que não seja manter o conforto e aceitar a morte. Porém a ilusão, devido a todo o suporte tecnológico (ventilação invasiva, monitorização cardíaca) é possível manter o doente aparentemente vivo. Para a família torna-se mais difícil aceitar o diagnóstico médico de MC, uma vez que é possível visualizar os movimentos respiratórios proporcionados pelo ventilador externo. Torna-se crucial o apoio familiar nestas situações, fornecendo a informação útil e esclarecendo todas as suas dúvidas.

No subcapítulo 1.4 dedicado à intervenção do enfermeiro junto da família do doente em MC e PDO, é abordada a função do enfermeiro perante situações limite como a morte e a sua função na abordagem à família.

Quando é confirmado o diagnóstico de MC, deve considerar-se a possibilidade de doação de órgãos e iniciar medidas de tratamento ativo, mantendo as funções vitais e viabilidade dos órgãos. Uma vez que a perda de potenciais dadores perdem-se devido a colapso cardiovascular, antes que seja possível a obtenção de órgãos. Nestas situações é necessário que alguém da equipa (médico ou enfermeiro) deva igualmente informar o Coordenador Hospitalar de Doação (CHD), sobre a presença de um PDO, com o objetivo de se iniciar a avaliação clínica nos tempos oportunos (Escudero *et. al*, 2009).

A estabilidade hemodinâmica do PDO é então um dos principais focos de atenção para os profissionais de saúde. Tendo como objetivo principal a obtenção de órgãos viáveis para contemplar o processo de transplantação. Sabendo que o processo de certificação do diagnóstico de MC envolve diversas alterações fisiológicas que contribuem também para a instabilidade do potencial dador, é de máxima importância que antes, durante e após a realização das provas de MC, o enfermeiro tenha a responsabilidade de monitorizar os parâmetros vitais, a fim de antecipar complicações e evitar as mesmas. O estado de MC pode conduzir a alterações fisiológicas e metabólicas, tais como: hipotensão arterial, hipotermia, hiponatremia, alterações endócrino-metabólicas, coagulação vascular disseminada, diabetes insípida e edema pulmonar (Cavalcante *et. al*, 2014). Reforçando esta ideia Guetti e Marques (2008) referem que o enfermeiro deve estar capacitado a

identificar alterações fisiopatológicas para que, junto com a equipa de saúde, possam ser instituídas medidas terapêuticas adequadas e atempadas. O enfermeiro deve então estar consciencializado da sua função na equipa e quais os procedimentos que envolve o processo de MC e a manutenção do PDO.

Faz parte da função do enfermeiro monitorizar, avaliar e interpretar vários parâmetros vitais apresentados tanto pelo doente crítico como pelo doente em MC, tais como: aplicação e avaliação da Escala de Glasgow (GCS) (Anexo II), avaliação pupilar, Tensão Arterial (TA), Pressão Arterial Média (PAM) e Frequência Cardíaca (FC); interpretação do traçado eletrocardiográfico (ECG), Frequência Respiratória (FR), Saturação Periférica de Oxigénio (SPO2), temperatura; Avaliação e controle da dor, Glicemia capilar; colheita, realização e interpretação de Gasometria de Sangue Arterial (GSA); Monitorização do Débito Urinário (DU). Tem também como função a gestão e avaliação da resposta fisiológica à terapêutica instituída e a monitorização do suporte ventilatório aplicado. Neste sentido é importante que enfermeiro tenha conhecimentos científicos que possam sustentar a sua prática, de modo a alcançar uma melhor interpretação dos dados recolhidos, visando a melhoria na qualidade dos cuidados prestados (Benner, 2001).

Segundo a *International Transplant Nurses Society* (2011) o enfermeiro para prestar cuidados a doentes em MC e portanto, potenciais dadores de órgãos, necessita obter conhecimentos e competências específicos, experiência clínica e estar em constante processo de educação, a fim de desenvolver pensamento crítico e competências para o processo de tomada de decisão.

Também Knihš *et al.* (2011) referem que dentro das atividades desenvolvidas destacam-se a avaliação, o diagnóstico, a identificação de resultados, o planeamento do cuidado, a implementação de intervenções e a avaliação de resultados voltados para a doação e o transplante de órgãos. Deste modo o enfermeiro deve ter como base as ciências comportamentais, experiências com o processo de saúde-doença, patologia, fisiologia, psicopatologia, epidemiologia, doenças infecciosas, manifestações clínicas de doenças agudas e crônicas, emergências, eventos normais de saúde, e diagnosticar alterações de saúde (Tedesco, 2011).

Frente ao exposto, o enfermeiro precisa de conhecimento na área da imunologia e farmacologia direcionados para a doação e transplantação, em doenças infecciosas e em implicações psicológicas do cuidado (Swain, 2011). O enfermeiro ao cuidar do doente

crítico em fase aguda ou de um PDO deve ter como base os mesmos princípios, pois a complexidade dos tratamentos são paralelamente iguais, os cuidados na prevenção de infecções são igualmente importantes em ambos os casos para o sucesso do tratamento. São necessários conhecimentos farmacológicos direcionados e específicos como as implicações psicológicas tanto por parte de toda a equipa envolvente neste processo como os familiares do PDO.

O processo de certificação de MC constitui o primeiro passo para a identificação de um PDO. Pois se as primeiras provas forem positivas é importante que os profissionais de saúde estejam informados de que existe a possibilidade deste doente poder doar os seus órgãos.

Quando as primeiras provas são positivas, torna-se imperativo informar o CHD, para que este inicie o estudo sobre se o potencial dador pode ou não ser um dador efetivo. Enquanto isso os enfermeiros colaboram neste processo, tanto através da colheita de sangue para análise como na colaboração com o médico para colheita de gânglios linfáticos. Ao mesmo tempo iniciam o tratamento ativo do potencial dador.

Como refere Magalhães *et al.* (2014) um dos sucessos dos transplantes também depende do tratamento ativo dos potenciais dadores e a grande percentagem de órgãos torna-se inviável por falta dessa manutenção. Referindo que a falha no reconhecimento ou o reconhecimento tardio de MC pode levar à perda de órgãos devido à paragem cardiorrespiratória inesperada, instabilidade hemodinâmica ou à infeção do mesmo. De acordo com os mesmos autores, a decisão de interromper o tratamento do doente portador de lesão cerebral grave e iniciar suporte para PDO é difícil tanto do ponto de vista conceptual como do ponto de vista ético, no entanto apesar deste ponto de vista a decisão deve ser efetuada com a maior brevidade possível.

O processo de doação remete para uma série de questões éticas essenciais e envolvem um conjunto de direitos fundamentais, por isso existem critérios legais para a utilização dos órgãos tanto de dadores vivos como dadores cadáveres ou com diagnóstico de MC.

1.2 Princípios Éticos da Transplantação de Órgãos

A evolução das ciências médicas e técnicas cirúrgicas na área da doação e transplantação de órgãos têm revelado um rápido e contínuo progresso nos últimos tempos. No entanto, com o progresso das técnicas, com o aumento dos pedidos de doação, com a escassez de doadores e com as questões sobre a qualidade dos órgãos transplantados, os problemas éticos relacionados com todo o processo de transplantação de órgãos tem vindo a tornar-se cada vez mais complexos, tornando imperativo a descrição dos princípios éticos que regem a área da doação e transplantação.

A área da transplantação remete para várias questões do foro ético relativas à experimentação no corpo humano, tais como decisões políticas relacionadas com a saúde e, num sentido mais lato, questionam os limites do conceito de dignidade humana. Assim é importante fazer referência a alguns conceitos relacionados com a legitimidade do transplante, como o princípio da dignidade Humana, da autonomia, da solidariedade, da totalidade e da não discriminação (Palma, 2011; (Despacho nº 22/2007 de 29 de Junho, 2009).

A dignidade da pessoa humana ainda propõe a criação de um conjunto de princípios específicos pelos quais o processo de transplantação se rege:

1. O princípio da confidencialidade defende que o indivíduo tem a capacidade de decidir se pretende o anonimato em todo o processo de doação (Despacho nº 168/2015 de 21 de Agosto, 2015; Direção geral de saúde, 2013);
2. O princípio da gratuidade defende que o órgão ou tecido, por possuir individualidade própria nunca poderá ser vendido. A comercialização de órgãos seria um ato contra a integridade humana, uma vez que o órgão passaria a ser tratado como um mero objeto, com valor monetário, não humano (Despacho nº 168/2015 de 21 de Agosto, 2015; Direção geral de saúde, 2013).

Os estabelecimentos autorizados a realizar transplantes de órgãos, de tecidos e de células podem receber uma remuneração, única e exclusivamente pelo serviço prestado, não podendo o cálculo desta remuneração atribuir qualquer valor aos órgãos, tecidos ou células transplantados (Despacho nº 168/2015 de 21 de Agosto, 2015).

Existem ainda critérios que estabelecem a legitimidade da doação de órgãos:

1. Doação voluntária: em que possibilita ao indivíduo vivo manifestar livremente a sua opção em aceitar doar os seus órgãos. Esta opção é sempre confirmada por escrito, sendo livremente revogável (Despacho nº 22/2007 de 29 de Junho, 2007)
2. Consentimento informado/presumido, no qual por definição todo o indivíduo *post mortem* é PDO. Este princípio, que é usado em Portugal, torna o processo de doação mais eficaz, uma vez que os médicos podem retirar os órgãos de um cadáver imediatamente após a sua morte. O consentimento presumido contempla duas partes: a que permite ao médico retirar os órgãos de todo e qualquer cadáver, e a que exclui do conjunto de doadores, todos os cidadãos que, em vida, tenham manifestado e declarado a objeção ao procedimento (Despacho nº 22/2007 de 29 de Junho, 2007)
3. . Este registo é realizado através da inscrição no Registo Nacional de não Dadores (RENDA).

O DL número 244 de 26 de Setembro de 1994 visa regular a organização e o funcionamento do RENDDA, assim como a emissão do respetivo cartão individual. A total ou parcial indisponibilidade para a dádiva *post mortem* de determinados órgãos ou tecidos ou para afetação desses órgãos ou tecidos a certos fins é manifestada junto do Ministério da Saúde, através da inscrição no RENDDA mediante o preenchimento adequado, pelos seus titulares ou representantes legais, de impresso tipo, em triplicado. Este é composto por um sistema informatizado onde constam todas as pessoas que manifestaram a sua total ou parcial indisponibilidade em doar os seus órgãos/tecidos.

Em Portugal a Lei número 12/93 de 22 de Abril regula a colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana. Aplica-se a cidadãos nacionais, apátridas e estrangeiros residentes em Portugal. Em relação aos estrangeiros, esporadicamente, em Portugal, o regime jurídico rege-se pelo seu estatuto pessoal. Alguns artigos viriam a ser alterados com a introdução da Lei número 22/2007 de 29 de Junho. Assim à luz da Lei vigente “são considerados como potenciais dadores *post mortem* todos os cidadãos nacionais, apátridas e estrangeiros residentes em Portugal que não tenham manifestado, junto do Ministério da Saúde, a sua qualidade de não dadores” (artigo nº 10). Quando a indisponibilidade para a dádiva for limitada a certos órgãos ou tecidos ou a fins específicos, as restrições devem

ser expressamente indicadas nos respetivos registos e cartão, como referido anteriormente.

A transplantação tem registado inúmeras evoluções nos últimos anos. Em Portugal, esta evolução exigiu a criação de determinadas estratégias destinadas a expandir o número de órgãos disponíveis, descritas por Silva (2010) tais como a “elaboração e adoção de legislação para regulamentar a colheita e transplantação de órgãos (...) melhoria dos cuidados de manutenção dos potenciais dadores; expansão dos critérios de aceitação para doação de órgãos; avanços na preservação dos órgãos; promoção da doação de órgãos.” A introdução de um novo conceito, dador em paragem cardiocirculatória irreversível, visa aumentar o número de transplantes em Portugal, como verificado em outros países, como o exemplo de Espanha (Transmissão, 2013; Despacho nº 14341/2013 de 6 de Novembro, 2013).

1.3 A evolução estatística da doação e transplantação

Também se torna relevante descrever a situação vivida em Portugal, fazendo referência às identidades reguladoras da área de colheita e transplantação em Portugal, como estatísticas recentes e trabalhos desenvolvidos na área da doação e transplantação de órgãos.

O Instituto Português do Sangue e Transplantação (IPST) é uma entidade recente que resultou de um processo de reestruturação iniciado em agosto de 2012 e terminado oficialmente no início de 2013. A nova entidade nasceu da fusão entre o Instituto Português do Sangue e dos três Centros de Histocompatibilidade Portugueses (Norte, Centro e Sul), integrando também parte da atividade da Associação para os Serviços de Sangue e Transplantação (ASST), nomeadamente no que diz respeito ao planeamento, coordenação e regulação da colheita e da transplantação de órgãos (IPST, 2015).

A Rede Nacional de Coordenação de Colheita e Transplantação, prevista na Portaria número 357/2008 de 9 de Maio, é constituída pelos CHD e pelos Gabinetes de Coordenadores da Colheita e Transplantação (GCCT). Estes têm como principais funções o controlo e fiscalização de toda a atividade desenvolvida na área da doação e transplantação.

Em Portugal, segundo o relatório estatístico de 2012, realizado pela ASST revela que até 2009 houve sempre um aumento significativo na taxa de dadores, chegando a atingir 329

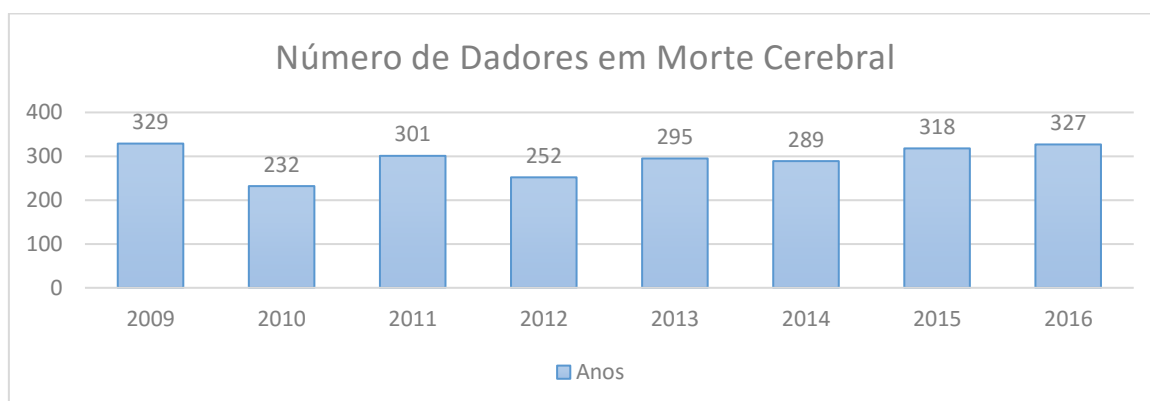
colheitas de órgãos em dadores cadáver em 2009. Sendo em 2010, Portugal considerado o segundo País no mundo com maior número de dadores por milhão de habitantes (IPST, 2012).

Apesar dos feitos estatísticos de 2009, houve um decréscimo no número de dadores e transplantes entre 2010 e 2012, existindo a necessidade de monitorizar e diagnosticar as causas responsáveis por essa diminuição. Assim em 2013 foi criado um grupo de trabalho para avaliar exaustivamente as possíveis causas para a diminuição de transplantações de órgãos em Portugal e propor medidas corretivas, sendo determinado pelo Despacho 16351/2012, de 24 de Dezembro (IPST, 2013).

Da análise sobre a documentação recolhida, o documento produzido chega á conclusão que Portugal está globalmente aquém da capacidade de utilização de possíveis dadores, existindo assimetrias regionais significativas. Assim, importa não só resolver as questões relativas à colheita, como prever o impacto na implantação de órgãos e garantir que o sistema está capacitado para utilizar com equidade e eficiência a oferta de órgãos. Das conclusões descritas importa salientar alguns dos motivos que levou à diminuição do número de dadores e transplantes, como: Ausência de um sistema de informação integrado eficaz que permita uma monitorização contínua da atividade dos SU, das UCI e dos GCCT; Ausência de registos normalizados, de forma a poder identificar em tempo real o índice de desperdício de potenciais dadores, de órgãos viáveis e de incumprimento de normas; Ausência de um plano de formação nacional e transversal sobre deteção de potenciais dadores, diagnóstico de MC e manutenção (IPST, 2013).

Em seguida apresenta-se o gráfico referência ao número de transplantes realizados nos últimos 8 anos, tomando como referencia o ano de 2009, cujos resultados atingidos colocou Portugal em segundo lugar no Ranking Europeu, apenas ultrapassado pelo país vizinho, Espanha.

Gráfico 1. Número de dadores em Morte Cerebral entre 2009 e 2016.

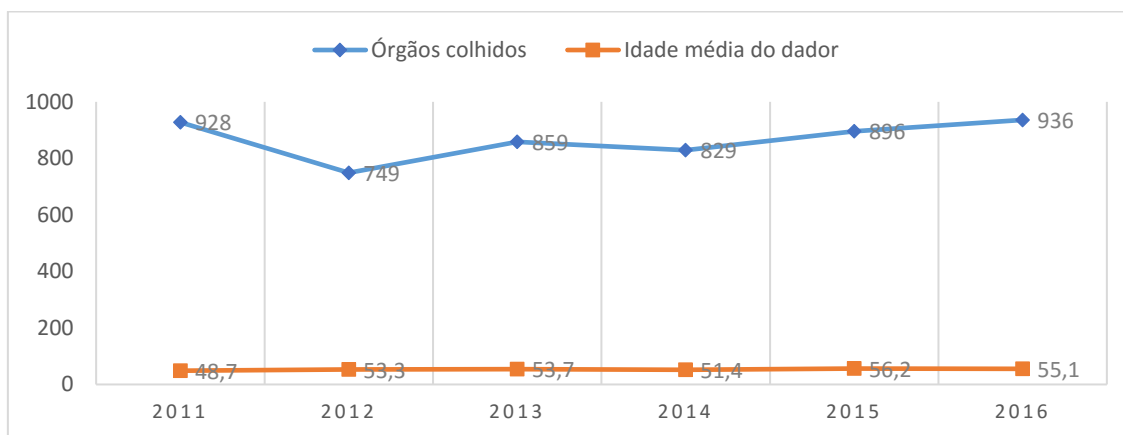


Fonte: Coordenação Nacional de Transplantação, 2017.

Portugal tem vindo a registar inúmeros avanços na área da doação e transplantação de órgãos, sendo que em 2016 conseguiu atingir a melhor taxa de dadores de órgãos por milhão de habitantes nos últimos 7 anos. Como espelho dos investimentos houve um aumento do número de transplantes em 5%, correspondendo a um total de 864 Transplantes realizados. Sendo que os valores máximos de transplantes ocorreram nos transplantes pulmonar (aumento de 42%), seguidos pelos transplantes hepáticos (aumento de 9%), transplantes renais (aumento de 3%), notando-se uma diminuição nos transplantes cardíacos (menos 16%) e transplantes pancreáticos (menos 7%).

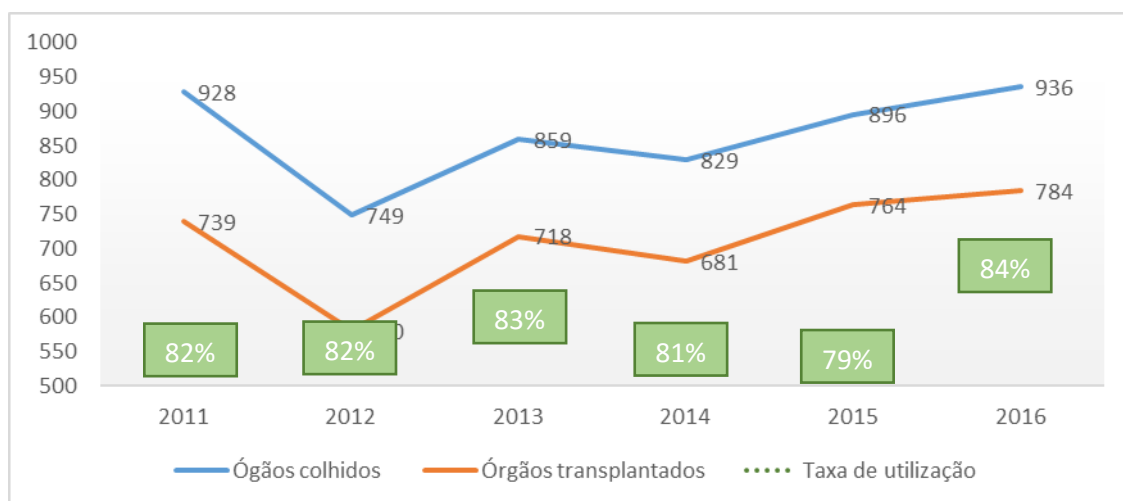
Analisando o aumento do número de dadores nos últimos 5 anos, seria de esperar que existissem um aumento direto do número de órgãos colhidos e disponíveis para transplante. Porém, tendo em consideração a alteração do perfil do dador nos últimos anos, nomeadamente o aumento da idade média dos dadores falecidos (Gráfico 2), o aumento número de dadores falecidos por causa de morte médica (totalizando 78% de causas médicas e 22% de causas traumáticas), o aumento do número de órgãos colhidos não é proporcional ao aumento do número de dadores falecidos. Ainda existem muitos órgãos que não são transplantados, porem em 2016 conseguiu-se aumentar a taxa que relaciona os órgãos colhidos com os órgãos transplantados em 5% mais do que em 2015 (Gráfico 3).

Gráfico 2. Idade média dos doadores vs. número dos órgãos colhidos ao longo dos anos.



Fonte: Coordenação Nacional de Transplantação, 2017.

Gráfico 3. Taxa de utilização dos órgãos.



Fonte: Coordenação Nacional de Transplantação, 2017.

Face à crescente expansão de critérios relativos ao perfil dos doadores de órgãos, torna-se crucial a existência de critérios de exclusão para a doação. Assim a ASST publicou, a 7 de Setembro de 2009, a Circular Normativa número 16/GDG relativa aos critérios de exclusão para doação de órgãos. Nesta circular normativa, tendo em conta a prevenção de doenças transmissíveis, a presença de determinadas condições é considerada critério de exclusão do doador. As condições que determinam a recusa do doador são: Neoplasia ativa, exceto alguns tumores primitivos não metastáticos do Sistema Nervoso Central, carcinomas de células basais da pele, carcinoma *in situ* do colo do útero e tumores renais com baixo grau de malignidade; Septicemia incontrolada ou de origem desconhecida; Comportamento de risco para doenças infetocontagiosas; Anticorpos positivos para VIH

1 e 2; Anticorpos positivos para VLTH 1 e 2; AgHBs e anti-HBc IgM positiva. Não se incluem nestes critérios dadores com anticorpos positivos anti-HBc e anti-HBs, Anticorpos anti-VHC positivos.

Devem ser realizados a todos os dadores testes para o *Treponema pallidum* que, sendo o resultado positivo, não constitui critério de exclusão *per si*, mas implica a reavaliação do dador, relativamente a comportamentos de risco para doenças infecciosas, e a sua medicação se aceites para doação. A serologia anti-CMV IgG deve ser determinada a título informativo mas também não constitui critério de exclusão.

Tendo em conta os dados estatísticos publicados, o IPST atribui estes resultados ao esforço do trabalho realizado pelos profissionais de saúde, que demonstram empenho e dedicação, contribuindo de forma positiva para o prosseguimento da sua missão como promotores da qualidade de vida dos doentes.

1.4 Intervenção do enfermeiro junto da família do potencial dador de órgãos

A morte de uma pessoa representa um momento de perda e angústia para os seus familiares. Um dos maiores desafios na cadeia de doação de órgãos, reside no facto das famílias serem confrontadas com a decisão em momentos de tragédia pessoal, revestidos de uma grande carga emotiva. Estes são ainda mais intensos quando se trata de morte súbita e inesperada, sem fatores de alívio gerados em situações de morte previsíveis. Esta angústia é caracterizada nas palavras seguintes: “*We ask the wrong persons, at the worst possible times, questions they should never have been asked.*” (Cohen, 1992)².

Como refere Pacheco (2006) a morte de uma pessoa causa sempre impacto nos seus familiares, e pode originar perdas em termos de expectativas e/ou esperanças em relação ao futuro da família, uma vez que começam a perceber que a morte é irreversível e que os seus entes falecidos não vão voltar.

Para Santos *et al.* (2012) cabe ao enfermeiro responsável ou ao profissional de saúde que detenha maior conhecimento nesta área, desempenhar funções no âmbito do acolhimento à família, devendo oferecer-lhes o adequado suporte psicológico, tal como o fornecimento

² Tradução pessoal: Nós questionamos às pessoas erradas, nos piores momentos possíveis, perguntas que nunca deveriam ter sido feitas.

de informações suficientes e adequadas sobre a situação clínica do doente, para que a família possa colaborar no processo de doação e transplante, se for da sua vontade.

O enfermeiro, como membro da equipa de saúde, apesar de não ser responsável pela decisão e certificação do diagnóstico de MC, cabe-lhe a participação em todo o processo, quer na prestação de cuidados de enfermagem ao PDO bem como à família do mesmo, sendo que o enfermeiro é o profissional de saúde mais próximo do dador e respetiva família. O que acontece por vezes é que a família não está informada sobre esta possibilidade, transformando o momento de perda ainda mais difícil e por vezes negando a concretização desta ação, para que isso não aconteça é importante a intervenção do enfermeiro junto da família, com o propósito de explicar os principais objetivos do processo de doação, tal como é reforçado com a ideia de Cinque e Bianchi (2010) que referem que ao unir o cuidado prestado ao doente com os cuidados prestados aos familiares tem-se um ponto positivo para que ocorra o consentimento familiar na doação dos órgãos do paciente em MC. No entanto é preciso ter em conta que em Portugal este consentimento não é necessário, porém é uma procura que os profissionais têm o cuidado de obter.

Também se tornaria importante, que a pessoa em vida tenha transmitido à sua família qual é a sua vontade relacionada com a doação de órgãos face a uma situação de morte. Pois vai diminuir a ansiedade sentida pelos familiares quando confrontados com esta hipótese, já confirmada por Siminoff *et al.* (2001), referindo que o conhecimento prévio por parte da família do desejo do potencial dador, em relação à dádiva de órgãos, tem um efeito positivo na complacência para o processo de doação.

Neste sentido, a legislação vigente deve ser expressamente detalhada ao familiar e o profissional necessita oferecer a oportunidade de transformar a tragédia da perda de um familiar em um ato nobre de doação, atenuando a dor e confortando os familiares. Uma vez que as respostas e os significados para os familiares surgem a partir da interação com os profissionais da saúde, amigos e outros membros, como faz referência Bousso (2008) tanto os familiares como os profissionais de saúde estão diante de uma nova possibilidade de vida.

Deste modo, é importante que a família esteja informada sobre os critérios que estabelecem a legitimidade da doação de órgãos em Portugal, como a doação é o resultado de um ato de voluntariado expresso através de um consentimento informado/presumido da pessoa enquanto viva. Isto é, a legislação atribui ao médico o direito de retirar os órgãos

de qualquer cadáver, excluindo todos aqueles que tenham manifestado e declarado a objeção ao procedimento, através do seu registo do RENNDA.

O consentimento é a pedra angular de qualquer ato na saúde. As autoridades nacionais são responsáveis pela definição do processo de obtenção e registo do consentimento para a doação de órgãos, tecidos e células, contemplando princípios éticos fundamentais (WHO, 2010).

Já Sprung *et al.* (1995) consideravam que a MC é uma das poucas situações em que os critérios clínicos legalmente estabelecidos permitem que a autonomia do médico prevaleça sobre os pedidos dos familiares do falecido, regendo-se pelo princípio do respeito pela dignidade da pessoa humana, bem como o princípio da justiça (correta gestão de recursos nas UCI), assim o exigem.

O enfermeiro como elo integrante da equipa multidisciplinar deve também esclarecer a família sobre alguns conceitos que estão na base de todo o processo de doação e transplantação, como o princípio da intangibilidade corporal, o princípio de solidariedade e o princípio da totalidade, pois deste modo a família pode compreender e sentir-se integrada no processo de doação.

Conceitualmente, o doador não é uma “pessoa”, pela sua condição de morto, porém os enfermeiros, em nenhum momento, se referem a ele como um morto ou cadáver. O enfermeiro cuida de uma “pessoa” que possui funções fisiológicas sendo preservadas vivas e os familiares conferem ao morto o *status* de vivo, o que dificulta compreender o potencial doador como um cadáver (Rech & Rodrigues, (2012).

Segundo dois estudos diferentes, Dalbem & Caregnato (2010) e Cinque & Bianchi (2010) descrevem que estar com a família do doador, na opinião dos enfermeiros, é uma experiência complexa, porém estes reconhecem a delicadeza e o respeito necessário a esse momento, que é de grande dor para os familiares. Sofrem porque entendem que mesmo nessa situação precisam desempenhar seu papel profissional.

Para Cinque & Bianchi (2010) mais do que informar sobre o estado do paciente potencial doador, ou sobre o processo de doação de órgãos, é importante que os enfermeiros, exatamente por estarem mais próximos da família, estejam disponíveis e abertos para perceber as suas necessidades, através da identificação dos principais problemas. Para Lima (2012) os enfermeiros devem recorrer aos diagnósticos de enfermagem para delinearem a sua ação no âmbito da família, não apenas informá-los sobre a condição real

do paciente em morte encefálica, mas também ajudá-los a compreender a realidade como ela se apresenta.

Cruzando a função do enfermeiro com a teórica de enfermagem, pode-se dizer que estas necessidades podem ser identificadas por meio da comunicação verbal e não-verbal e a sua avaliação faz-se através das percepções objetivas e subjetivas dos familiares (Kolcaba & Fisher, 1996). O recurso à empatia, escuta ativa, *feedback* e várias tipologias de perguntas, contribuíram para a resolução da situação e, conseqüentemente, para a promoção do conforto da família. Atendendo às necessidades dos familiares, dotando-o de conhecimentos teóricos e práticos avançamos no sentido da melhoria dos cuidados promovemos um estado de alívio, tranquilidade e transcendência nos contextos físico (redução da ansiedade relacionada com o processo de doação dos órgãos), psíquico (conhecer as suas crenças e valores) social (o sentimento de que o gesto de doação é ato nobre e de solidariedade) e ambiental (a doação vai melhorar a qualidade de vida ou mesmo salvar a vida de outro ser humano) (Kolcaba & Fisher, 1996).

2. ANÁLISE DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM

Este capítulo é dedicado à descrição e análise dos objetivos propostos no projeto de estágio, realizado no decorrer do 2º semestre deste curso de mestrado, atribuindo forma e corpo às competências desenvolvidas ao longo de todo o mestrado, entrelaçando a teoria apresentada nas aulas com os momentos práticos vivenciados ao longo dos estágios. Como metodologia adotada para ambos os trabalhos foi aplicada o diagnóstico da situação, planejamento das atividades e estratégias, execução, avaliação do processo percorrido e divulgação dos resultados obtidos (Ruivo et al, 2010).

De acordo com Benner (2001) tendo por base o modelo de Dreyfus, a aquisição de competências pelos enfermeiros é caracterizada em cinco etapas: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Segundo a autora, para ganhar perícia profissional é necessário que se desenvolva uma aprendizagem experimental que garanta uma ligação estreita entre as decisões clínicas (técnicas e científicas) e as decisões éticas, isto traduz que o significado de bons e maus resultados, para uma visão do que são cuidados de excelência forma-se através da integração de ambas as dimensões nos raciocínios e nas ações dos cuidados.

Analisando a experiência pessoal como enfermeira no início deste mestrado, considero que estava no nível de desenvolvimento profissional de competente, que se refere ao enfermeiro como sendo capaz de estabelecer um plano de cuidados com base numa análise consciente, abstrata e analítica do problema que lhe permite ganhar eficiência e organização e dar resposta aos imprevistos (Benner, 2001). Porém agora, após a realização deste mestrado, reajustando todas as competências que fui desenvolvendo ao longo dos estágios considero que estou no nível de proficiente, olhando para as situações de uma forma holística, priorizando as situações de maior importância, aplicando as máximas (regras e princípios) com objetivo para a resolução dos problemas identificados (Benner, 2001).

Para a realização deste trabalho, foi efetuada uma revisão da literatura no âmbito da problemática em questão, justificando a pertinência do tema. O diagnóstico da situação concretizou-se com a realização de várias visitas a alguns SU e UCI existentes no distrito

de Lisboa. Foram realizadas entrevistas aos chefes de enfermagem de cada serviço, utilizando um guião previamente formulado, apresentado no projeto de estágio (Apêndice I). A seleção final dos locais de estágio resultou da combinação entre a análise da informação recolhida e da pesquisa complementar sobre a casuística publicada a temática escolhida. Assim foi possível elaborar os objetivos gerais e específicos, definindo as atividades direcionadas para cada um, de modo a conseguir a operacionalidade de todo o processo. A análise e discussão de todo o percurso de competências decorreu através de várias reuniões com os enfermeiros orientadores e com o professor orientador. Todas as críticas sugeridas foram encaradas como um momento de construção e de melhoria para o trabalho desenvolvido.

De seguida retrato a minha passagem por cada um dos locais de estágio, tentando de forma sucinta descrever todo o meu processo de desenvolvimento das competências preconizadas para este mestrado. Porém devido à limitação de páginas para o relatório, direcionei a minha especial atenção para o foco do tema principal, a identificação de potenciais dadores de órgãos, que será abordada de forma mais detalhada no estágio na UCI, onde existiu a possibilidade de participar na identificação de três PDO, colaborando nas provas de morte cerebral (PMC) e realizando posteriormente o tratamento ativo do dador de órgãos.

2.1 Serviço de Urgência

Os SU em Portugal integram três níveis de responsabilidade, por ordem crescente de recursos e de capacidades de resposta: Serviço de Urgência Básico, o Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) e o Serviço de Urgência Polivalente (Despacho nº 10319/2014, de 11 de Agosto, 2014, DR). O estágio decorreu num SUMC que é o segundo nível de acolhimento das situações de urgência (Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência, 2012).

O objetivo geral elaborado deu origem a três objetivos específicos, sendo traçadas as atividades para ambos. Tendo em conta a especificidade do tema recorreu-se ao objetivos delineados e direcionados para a prestação de cuidados de enfermagem à PSC e sua família, de modo a garantir a aquisição de competências preconizadas pelo mestrado. No estágio realizado no SU, um dos focos principais foi a família da PSC, sendo que os objetivos direcionados para a identificação do PDO são desenvolvidos no estágio na UCI.

O objetivo geral para o estágio do SU é: Desenvolver competências no cuidar da pessoa e família/pessoa significativa, a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. No quadro 1 são apresentados os objetivos específicos e as atividades realizadas.

Quadro 1 – Objetivos específicos e atividades desenvolvidas no SU:

Objetivos específicos:	Atividades desenvolvidas:
1. Desenvolver competências no cuidar do doente crítico ao vivenciar processos complexos de doença;	<ul style="list-style-type: none"> - Realização do circuito do doente crítico desde que é admitido no SU até ser transferido; - Prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico; - Transmissão de más notícias ao doente, de acordo com o protocolo de SPIKES; - Gestão de protocolos terapêuticos complexos.
2. Desenvolver competências comunicacionais com a família do doente crítico.	<ul style="list-style-type: none"> - Abordagem á família do doente crítico; - Transmissão de más notícias, de acordo com o protocolo de SPIKES.
3. Desenvolver competências na área da formação.	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de uma sessão de formação sobre a área da doação e transplantação, conforme; - Leitura de protocolos internos sobre a área da doação de órgãos e tecidos; - Realização do plano da sessão; - Aplicação do questionário antes e após a sessão formativa.

Objetivo 1 - Desenvolver competências no cuidar do doente crítico ao vivenciar processos complexos de doença;

A prestação de cuidados no SU é um desafio constante devido à imprevisibilidade das situações que podem surgir, o enfermeiro tem de reunir competências, conhecimentos e habilidades técnicas para responder de forma eficaz a cada situação, onde a qualidade dos cuidados prestados deve ser cada vez maior.

O SU é composto por várias áreas de atuação, distintas pelo nível de gravidade. Esta divisão é concebida fisicamente e é feita de acordo com as cores da Triagem de Manchester. De forma a conhecer o SU e o percurso que o doente pode percorrer, realizei três turnos na sala de triagem, onde tive a oportunidade de consultar os protocolos existentes de encaminhamento dos doentes. Sendo detentora do curso de triagem, esta não foi novidade para mim, porém cada hospital tem os seus protocolos e circuitos internos de encaminhamento de doentes. O conhecimento prévio sobre o documento Recomendações sobre a organização dos espaços do SU da Direção Geral das Instalações e Equipamentos de Saúde (2007) permitiu-me uma maior facilidade na compreensão sobre a organização do SU, da mesma forma que Machado (2008) refere que apesar das realidades dos recursos existentes nos diferentes hospitais serem diferentes, uma semelhança organizativa está pelo menos presente em todos eles.

A pessoa que recorre ao SU, numa situação de doença crítica, experiencia uma situação de vulnerabilidade, descrita na literatura como sendo física, ou condição clínica, e psicológica que está relacionada com o comprometimento da sua identidade pessoal e familiar (Scanlon & Lee, 2007). A imprevisibilidade das situações clínicas, associada a uma maior dependência física e impossibilidade de satisfação das necessidades de forma autónoma, torna a pessoa mais vulnerável e dependente. No entanto apesar da pessoa em situação de doença ser o centro dos cuidados da equipa de saúde, esta também é considerada como parceira na identificação das suas necessidades de conforto e medidas (estratégias) para as colmatar (Kolkaba, 2003).

Os turnos realizados na sala de observação (SO) remetem para algumas situações em que os doentes referiam estar desconfortáveis e ansiosos. Em particular um dos doentes atribuiu essa sensação ao fato de ter que iniciar um tratamento dialítico, que envolvia várias deslocações ao hospital. Observei uma ligeira agitação e decidi falar com o doente e tentar compreender o que se passava, pois ele referia que não se sentia bem, mas não conseguia referir de forma objetiva o que o incomodava. Conforme diz Kolcaka (1991) o descon-

forto mental pode levar ao desconforto físico. Após uma pequena conversa, o doente referiu que tinha muitas dúvidas em relação ao tratamento, que estava com medo de ter dor durante a sessão de diálise, que a sua situação económica poderia não ser compatível com todas as deslocações necessárias, se ia ficar dependente de terceiros, entre outras dúvidas. Então compreendi que o doente não apresentava qualquer tipo de desconforto físico, mas esta agitação ancorava-se com as incertezas em relação ao seu futuro com aquela doença.

Para uma abordagem sobre o problema identificado, de forma a conseguir intervir junto do doente, pesquisei alguma informação sobre o processo de diálise. Posteriormente utilizando o protocolo de SPIKES (Anexo III) como guia para uma abordagem estruturada à situação apresentada pelo doente, reuni alguns dos fatores referenciados pelo protocolo como: a procura de um familiar (já referido pelo doente anteriormente) fazendo parte da primeira etapa; durante o diálogo procurei saber quais as informações que o doente e sua família tinham sobre a doença e o processo de tratamento, sendo a segunda etapa do protocolo; debater algumas ideias sobre as preocupações de ambos e criar estratégias para colmatar as dificuldades encontradas.

Como resultado da minha intervenção, o doente fica mais esclarecido, mais informado, existe uma diminuição dos seus medos em relação ao tratamento, levando a uma melhor adesão terapêutica, confirmado pela ideia de Bugalho & Carneio (2004) quando referem que o processo de adesão terapêutica é influenciado por múltiplos fatores, tais como a perceção e compreensão da importância do tratamento, se a pessoa estiver informada sobre os procedimentos adere mais facilmente ao tratamento, a motivação para enfrentar as mudanças, demonstrando capacidades para a utilização de estratégias comportamentais que facilitem a forma como lidam com as necessidades criadas pela doença. Desta forma cabe aos enfermeiros identificar, planear e implementar estratégias de forma a aumentar ou promover o processo de adesão ao tratamento (Almeida et al., 2007).

O doente realizou reavaliação analítica ao sangue, que revelou agravamento da função renal, com necessidade de realizar sessão de diálise. Informei o doente e a sua família desta necessidade. Fui surpreendida pelo doente, quando ele manifestou a vontade de que gostaria que eu a acompanha-lo até à UCI, referindo que se sentiria mais confortável e apoiado com a minha presença. Desta forma acompanhei o doente até à UCI, e assisti e participei na realização da sessão de diálise. Toda a equipa médica e de enfermagem

permitiu a minha presença e mostraram-se disponíveis para responderem às minhas questões. Este momento traduziu-se em um momento de aprendizagem técnica.

Outra situação de cuidados foi vivida na sala de reanimação, com a entrada de um doente com alterações neurológica agudas: disartria, desvio da comissura labial à esquerda, diminuição da força muscular no hemicorpo esquerdo; que desencadearam a ativação da via verde Acidente Vascular Cerebral (AVC), A primeira observação é realizada de forma encéfalo-caudal recorrendo à abordagem ABDCE (Airway - Via Aérea; Breathing - Ventilação; Circulation - Circulação; Disability: Neurologic status - Disfunção Neurológica; Exposure/ Environmental control - Exposição), tal como é preconizado para o doente politraumatizado (DGS, 2010; American College of Surgeons. Committee on Trauma, 2012)

Verificada a alteração neurológica, o doente foi realizar uma tomografia axial computadorizada (TAC) ao crânio com acompanhamento médico e de enfermagem (a enfermeira orientadora e eu), cujo resultado foi um AVC isquémico da artéria cerebral média. No regresso para a sala de reanimação, começamos (equipa médica e de enfermagem) a planear as possibilidades de tratamento, tendo em conta das horas de evolução da situação, o grau de dependência do doente, a idade e os antecedentes pessoais, decidindo que a realização de trombólise seria o mais adequado.

Participei em todo o processo de acompanhamento do doente a realizar a TAC e na administração da trombólise ao doente. A medicação foi administrada conforme os protocolos existentes, com avaliação a cada 15 minutos da função neurológica e com monitorização hemodinâmica continua. O início do tratamento foi realizado na sala de reanimação, culminando na transferência do doente para a UCI. O doente foi acompanhado por mim e pela médica assistente.

A importância do enfermeiro em todo o processo de atendimento ao doente crítico no SU, por enfrentarem um ambiente desconhecido num momento de doença também é reconhecida por Kolcaba (1995) quando refere que os doentes ao vivenciarem situações de stress e desconforto em relação ao seu estado de saúde necessitam de apoio para promover o seu conforto perante a situação, a transição saúde-doença, daí a importância do papel do enfermeiro.

Resultados/Síntese:

As diversas experiências obtidas com a prestação de cuidados à PSC durante o estágio no SU, contribuiu fortemente para o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. A diversidade de situações presenciadas teve uma grande influência no desenvolvimento de estratégias facilitadoras da comunicação perante a PSC (Regulamento nº124/2011, de 18 de Fevereiro, DR).

As intervenções realizadas na sala de reanimação também levou ao desenvolvimento de competências nas áreas da gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos (Regulamento nº124/2011, de 18 de Fevereiro, DR), onde saliento duas situações: administração de Trombólise a um doente vítima de AVC após ativação do plano de via verde, e realização de dialise peritoneal em ambiente de UCI.

Objetivo 2 - Desenvolver competências comunicacionais com a família do doente crítico.

O cuidar da PSC envolve também o cuidar da sua família, numa perspetiva holística, a pessoa como ser social está integrada numa unidade familiar, pelo que os cuidados de enfermagem devem reunir estas três vertentes, dando forma à triada terapêutica estabelecida entre o enfermeiro, a pessoa e a família. Sendo o enfermeiro o profissional de saúde que está mais próximo do doente, este é responsável pela humanização dos cuidados prestados (Lei nº156/2015, de 16 de Setembro), conforme refere Hanson (2004), o enfermeiro tem competências para cuidar da pessoa no contexto da sua família, mas também deve cuidar da família como sistema, sendo ela própria o foco de cuidados.

Os turnos realizados na sala de reanimação e observação remeteram a minha especial atenção para a transmissão de más notícias aos familiares. Considerando a grande diversidade de situações clínicas que podem levar à instabilidade hemodinâmica, a possibilidade dos doentes e familiares serem confrontados com alterações na dinâmica familiar e situações de morte, são constantes. Assim revelou-se importante, nesta fase, o desenvolvimento de competências de comunicação com a família. A identificação das necessidades aliado a um plano de cuidados que favoreça ambos de iniciar o processo de aceitação

da doente ou perda, tem como resultado major que o doente e sua família consigam atingir um nível de conforto adequado à situação (Kolcaba, 1991).

Como estratégia dinamizadora do processo de transmissão de más notícias, foi utilizado o protocolo de SPIKES como guia orientador. Tendo por base os seis princípios deste protocolo, procurei seguir as suas indicações nos momentos em que foi necessário comunicar à família alguma informação negativa.

Num dos turnos realizados na sala de reanimação, um doente acabou por falecer por uma paragem respiratória e posteriormente cardíaca, no contexto de um do agravamento da sua patologia de base a doença pulmonar obstrutiva crónica. A equipa médica e a equipa de enfermagem presentes na sala, reuniam-se com o objetivo de nomear uma pessoa de cada equipa para realizar a transmissão da notícia à família. Estando atenta a este tema referi o meu interesse em participar, sendo aceite por todos.

Recorrendo às etapas do protocolo de SPIKES, onde de forma primordial o enfermeiro como emissor deve preparar-se para a transmissão da informação, como concretização deste passo atribui o fato de ter existido um diálogo entre mim e o médico de forma a esclarecer que informação ia ser transmitida à família e também de forma a antecipar as respostas às reações emocionais e perguntas difíceis (Baile *et al.*, 2000).

Quando contactei com a família, a primeira preocupação foi procurar saber se esta estava consciencializada sobre a gravidade da situação, avaliando a perceção do “paciente” que se revela como sendo a segunda etapa. Em seguida foi dada a informação sobre a morte do familiar, utilizando algumas premissas sugeridas no protocolo, tais como: “Infelizmente eu tenho más notícias a lhe dar” e “Sinto ter de lhe dizer” (Baile *et al.*, 2000, pág. 7). Com o teor da informação, foi de esperar que a família ficasse triste, ficando inicialmente em silêncio, sem fazer muitas perguntas. Em seguida verifiquei uma fase de negação dos factos, manifestada pela família como o não acreditar que isto estava a acontecer, identificando ser a primeira fase do processo de luto, a negação (Kubler-Ross, 1996). Compreendo e vou de encontro à ideia dos autores Placek *et al.* (1996) quando referem que a gestão das emoções e sentimentos expressados pela família é sempre um desafio complicado. Sendo que cada reação pode variar desde o silêncio à incredulidade, choro, negação ou raiva (Buckman *et al.*, 2000).

Através da identificação dos fatores de doença e stress para a família é possível operacionalizar os cuidados prestados de forma direcionada, tendo em conta que o ambiente desconhecido do SU pode gerar desconforto, ansiedade, solidão e angústia espiritual que também impedem o doente de alcançar o seu conforto holístico (Kolkaba, 1992). Em um turno realizado em balcão (Amarelos/Laranjas) um familiar apresentava-se indignado pela ausência de informações sobre o doente durante um período de tempo longo. Da mesma forma o doente que estava nesta área também referira que precisava de informar os seus familiares sobre a sua situação, pois eles deviam estar ansiosos por novas informações.

De forma a resolver o problema identificado, consultei o sistema informático à procura da informação clínica deste doente, que exames realizou, se estes já estavam concluídos e qual o médico responsável. Com esta informação reuni o doente e o seu familiar na área do balcão e expliquei que o doente já tinha realizado todos os exames pedidos, que estava nesta área sob vigilância a aguardar a reavaliação médica. O doente também teve oportunidade de falar com o seu familiar e ficaram ambos esclarecidos, mais confortáveis com as informações obtida.

É então necessário identificar precocemente os fatores de instabilidade e criar um plano de ação, de modo a dar respostas eficientes, evidenciando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (Regulamento nº361/2015, de 26 de junho, OE). Desta forma, foi identificada esta necessidade tanto por parte dos familiares, como pelo doente, podendo facilmente aliviar este fator de stress, através de uma comunicação eficaz.

Resultados/Síntese:

Assistir a sua família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica, tendo como base uma comunicação interpessoal que sustente a relação terapêutica (Regulamento nº124/2011, de 18 de Fevereiro, DR), foi uma premissa constante ao longo de todo o estágio. A comunicação interpessoal revela-se um instrumento básico do cuidado em enfermagem e está presente em todas as intervenções desenvolvidas com a família, sendo uma das ferramentas utilizadas para aperfeiçoar e desenvolver um saber-fazer profissional e competente (Pontes, Leitão, & Ramos, 2008).

A procura de um espaço físico para realizar a transmissão das informações foi mais difícil de conseguir, uma vez que no SU não existe uma sala específica para este tipo de conversa, tal como é preconizado pelo protocolo de SPIKES. Esta dificuldade foi ultrapassada com a sugestão de se realizar a transmissão de más notícias em algum gabinete médico que esteja vazio ou então junto à sala de observações que é um local calmo e controlado, que a equipa entendeu como pertinente e importante (Buckman et al., 2000).

Objetivo 3 - Desenvolver competências na área da formação

A enfermagem, enquanto disciplina do conhecimento, tem nos últimos anos aumentado o seu campo científico, considerando que a formação dos pares é cada vez mais uma área de investimento para os enfermeiros. Esta ideia é reforçada pelas palavras de Sousa (2003) quando refere que a formação contínua é um fator importante no desenvolvimento pessoal e profissional, assim como das organizações, na perseguição de uma melhor qualidade dos serviços prestados.

De forma a operacionalizar toda a sessão de formação, foi realizada a identificação e sinalização do tema passando ao planeamento da mesma – Plano de Secção (Apêndice II), com o tema “Doação de órgãos e tecidos para transplantação” (Apêndice III). Como momento de avaliação foi aplicado um questionário (Apêndice IV), no início e final da sessão, de modo a verificar a eficácia da mesma, analisando os resultados através o teste Kruskal-wallis.

A metodologia adotada foi o modelo expositivo conjugado com o modelo interrogativo, mantendo os enfermeiros atentos, promovendo a sua participação ao longo de toda a sessão, nos vários diálogos fomentados, com a partilha de conhecimentos e dúvidas.

Para saber se a formação teve um efeito positivo nos participantes, foi realizada a comparação dos resultados obtidos antes e após a formação, através da análise dos questionários realizados pelos 25 enfermeiros. (Apêndice V)

Para analisar os resultados recorreu-se ao teste estatístico não paramétrico de Wilcoxon, para comparações de pares, que tem como objetivo usar o método do *ranks* para se conseguir obter uma ideia aproximada da diferença entre os formandos antes e depois da

formação (Wilcoxo, 1945). Foram criados os pressupostos para a avaliação estatística: as amostras provêm de pares de uma população simétrica, isto é, as respostas corretas de um indivíduo são tidas em consideração antes e depois da formação independentemente do resto da população. Foram descritos os dois possíveis resultados esperados: H_0 : Não existe diferença entre o 1º teste e o 2º teste; H_1 : Existe diferença entre o 1º teste e o 2º teste. Agregou-se os dados, organizou-se por ordem crescente, atribui-se um *rank* e ajustou-se devido aos empates e obteve-se a tabela com a apresentação dos dados obtidos (Tabela 2, Apêndice V). Determinou-se o somatório dos *ranks* com sinal positivo e negativo: $\sum R^+ = 0$; $\sum R^- = -325$. Obtendo assim como teste estatístico $T = \min \{ R^+, R^- \} = \min \{ 0, 325 \} = 0$. Com um nível de significância de $\alpha=0.05$ e número de amostras $N = 25$ temos que, segundo a tabela de valores críticos de Wilcoxon (Anexo IV) de duas caudas, $T^* = 89$ concluindo assim que é possível rejeitar H_0 caso $T \leq 89$. Deste modo a hipótese H_0 é rejeitada, logo é possível dizer existe diferença entre o 1º teste e o 2º teste para um nível de significância de $\alpha=0.05$. Assim podemos afirmar com um intervalo de confiança de 95% que a formação teve o efeito desejado.

De acordo com Dias (2004), a formação em serviço permite refletir em conjunto sobre práticas e cuidados prestados. Pode, ainda ser um meio capaz de dar resposta às necessidades sentidas pelos profissionais, constituindo uma forma de atualização, alertando para a necessidade de manter um espírito aberto à inovação e apelando à criatividade e responsabilidade individual.

Assim, e no contexto da formação em serviço, é importante que os enfermeiros estejam atentos às expectativas e necessidades dos pares, para que possam intervir ativamente no domínio da formação, tentando sempre que possível motivar os enfermeiros para que estes invistam na sua formação, procurando sempre a máxima da sua prática, alcançando uma prática baseada na evidência.

Relativamente à área da formação, realizei o curso de Formação Pedagógica Inicial de Formadores, certificado pelo Instituto do Emprego e Formação profissional, que identifiquei ser mais um momento de desenvolvimento de competências nesta área.

Resultados/Síntese:

Considero que a formação realizada foi um momento de partilha de informação e experiências, sendo que um dos enfermeiros faz parte da equipa da força aérea que realiza os transportes dos órgãos, tendo sido um elemento dinamizador de toda a seção. Todos os enfermeiros demonstraram grande apreensão da informação transmitida, conforme os resultados obtido no teste de análise. Referiram também que gostaram muito do tema e da apresentação, referindo que tinha conseguido ultrapassar as expectativas. No final a bibliográfica foi disponibilizada em conjunto com os protocolos internos do hospital.

Desta forma, considero que a elaboração da ação de formação funciona como um alicerce para a desenvolvimento de competências no domínio da melhoria contínua da qualidade em enfermagem (Regulamento nº361/2015, de 26 de junho, DR) e no desenvolvimento da aprendizagem profissional no âmbito das Competências Comuns do Enfermeiro Especializado (Regulamento nº122/2011, de 18 de Fevereiro).

2.2. Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos

As UCI em Portugal são caracterizados como locais qualificados para assumir a responsabilidade pelo cuidado e tratamento dos doentes críticos. São dotados de recursos humanos (médicos e enfermeiros) qualificados e treinados para manusear as mais diversas situações, com a tecnologia de que dispõem, 24h por dia (Direção Geral da Saúde, 2003, pág. 6). A classificação adotada pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva refere três níveis, de acordo com as técnicas utilizadas e as valências disponíveis na respetiva unidade hospitalar. Este conceito admite que possam coexistir diferentes níveis na mesma unidade hospitalar.

Na UCI onde decorreu o estágio existem as três valências, sendo que a unidade nível III é constituída por cinco quartos com duas camas cada um, destinadas a doentes Neurocríticos com necessidades de ventilação invasiva. O nível II é composto por oito camas, notando que os doentes são maioritariamente do foro neurocirúrgico e neurovascular.

O estágio decorreu entre o mês de novembro e fevereiro, com um total de nove semanas. Durante o estágio tive a oportunidade de alcançar todos os objetivos específicos propostos. O quadro 2 apresenta os objetivos específicos delineados para este estágio e as atividades desenvolvidas.

Quadro 2 – Objetivos específicos e atividades desenvolvidas na UCI.

Objetivos específicos:	Atividades desenvolvidas:
Desenvolver competências de enfermagem na identificação do PDO;	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de protocolos internos sobre a identificação do PDO; - Participação nas PMC; - Identificação de um PDO; - Colaboração nas colheitas de sangue e gânglios para análise;
Desenvolver competências de enfermagem na comunicação com a família/pessoa significativa do PDO;	<ul style="list-style-type: none"> - Transmissão de más notícias; - Abordagem sobre a doação de órgãos;
Conhecer o funcionamento do GCCT.	<ul style="list-style-type: none"> - Visita ao GCCT; - Consulta de protocolos internos; - Tomada de conhecimento sobre a função do CHD; - Pesquisa no RENNDA.

Objetivo 1 - Desenvolver competências de enfermagem na prestação de cuidados na identificação do PDO

A constante evolução tecnológica na aplicação e utilização de tecnologia avançada e invasiva é uma realidade atual nas UCI, os enfermeiros devem recorrer a uma constante atualização dos seus conhecimentos de forma a conseguirem acompanhar esta atualização e tornar esta tecnologia uma aliada dos cuidados de enfermagem, utilizando-a como método facilitador no tratamento dos doentes. No entanto é importante ter em conta que é o cuidado que utiliza a tecnologia, ou seja, as inovações tecnológicas vêm favorecer o aprimoramento dos cuidados, apontando em direção a um cuidado de enfermagem mais eficiente e eficaz (Rocha *et al.*, 2007).

Inicialmente, consulte os protocolos existentes na instituição, direcionados para a identificação e referenciação de um PDO. Identifiquei o protocolo “Referenciação do Potencial Dador de Órgãos/Tecidos” (Palmeiro *et al.*, 2013) como sendo um guia de boas práticas para todo o processo, verificando que os enfermeiros consideram este documento como orientador numa situação de MC.

A identificação do PDO inicia-se após a realização das PMC, no entanto para se chegar à conclusão que é necessário a realização de PMC é essencial que toda a equipa esteja alerta e conheça quais os sinais e sintomas sugestivos de MC. Segundo Peifer (2007) refere que pela permanência durante 24h com o doente, o enfermeiro é o elemento mais apto para reconhecer os primeiros sinais de MC apresentados. Para tal, o conhecimento da função cardiovascular, a interpretação do traçado eletrocardiográfico e a implementação das respetivas intervenções terapêuticas são aspetos cruciais que garantem o sucesso (ou não) das técnicas de monitorização hemodinâmica e o consequentemente desfecho do doente (Dias *et. al* 2014).

O enfermeiro é o elemento que está mais perto dos doentes, pois é ele que está 24h sob 24h a avaliar o estado hemodinâmico, sendo de máxima relevância que os enfermeiros envolvidos nestas áreas dos cuidados sejam detentores de vastos conhecimentos técnicos e farmacológicos, tenham uma vontade própria de evolução e procura de novos conhecimentos, procurando uma prática baseada na evidência (Benner, 2001).

Uma das situações vividas remete para a prestação de cuidados a um doente que é admitido na UCI com diagnóstico de hemorragia subaracnoideia com aneurisma cerebral roto

com indicação cirurgia, já agendada. Na passagem de turno, tomei conhecimento da situação clínica do doente, incluindo os antecedentes pessoais (tabagismo, consumo de álcool e substâncias psicotrópicas).

Neste tipo de patologia importa saber que a Sociedade Portuguesa de neurocirurgia (2012) refere que complicações precoces podem acontecer, caso não seja resolvido o problema, tais como, lesão cerebral direta, re-hemorragia e edema cerebral. Referindo que doentes que apresentem fatores de risco, aumentam o aparecimento das complicações, tais como: Hipertensão; Diabetes; Consumo de tabaco, álcool e cocaína; Predisposição genética.

No início do turno, durante a avaliação do estado geral do doente, em conjunto com a enfermeira orientadora verificamos algumas alterações que chamaram a nossa atenção para uma possível alteração do estado clínico do doente.

A avaliação dos parâmetros vitais, não mostrou grandes alterações comparado com o perfil do doente, incluindo a temperatura timpânica. Porém a avaliação da Escala de coma de Glasgow (GCS) revelou uma diminuição da pontuação obtida para GCS 3 (O1 + M1 + V1), e a reação das pupilas traduziu-se em pupilas em midríase fixa. Conhecendo previamente o diagnóstico médico, ou seja a causa da alteração neurológica, associado a um quadro de estabilidade hemodinâmica com a ausência de hipotermia, foram verificados os resultados analíticos, confirmando que não existiam alterações endócrinas ou metabólicas significativas.

A sedação instituída aquando da entrada do doente na UCI tinha sido parada no início do turno da noite, ou seja, há cerca de 9 horas antes da nossa avaliação. Outra alteração foi identificada quando se realizou a aspiração brônquica, verificando que ao desconectar o ventilador não existiam reflexos respiratórios. O médico assistente foi informado sobre estas alterações, levando-o a pedir exames de sangue, com a avaliação de agentes depressores do sistema neurológico central ou bloqueadores neuromusculares.

Com as análises ao sangue negativas para substâncias depressoras do sistema nervoso central e bloqueadoras neuromusculares, associado ao resultado do teste de GCS 3, pupilas midríáticas e fixas com a ausência de respiração espontânea pode-se dar início à realização das primeiras PMC.

Apesar da realização das PMC ser um ato exclusivamente médico, o enfermeiro desempenha funções durante a realização da mesma, como é responsável pela preparação de todo o material. Desta forma, participei em 4 PMC das quais notifiquei 3 doentes para a sua realização, sendo que todos os casos foram identificados como potenciais dadores.

Após terminar as PMC o médico preencheu o formulário referente ao diagnóstico de MC e contactou o CHD para que este inicie as suas funções realizando a pesquisa no RENNDA. Quando a consulta no RENNDA é negativa para qualquer registo que se oponha à doação de órgãos, pode dar-se início a todo o processo de identificação do PDO, onde o enfermeiro tem uma função ativa e essencial, na qual tive a oportunidade de participar.

Realizei algumas atividades de enfermagem, tendo como referência o protocolo já referido, seguindo as suas indicação relativamente às intervenções do enfermeiro: colheita de sangue para 6 tubos de hemograma, 2 tubos de bioquímica, de 20 ml de sangue com heparina, para tipagem (se o dador não tiver) que foram enviadas para o Centro de Sangue e da Transplantação de Lisboa, a “Lusotransplante”; Colaborei também com a equipa médica na colheita de gânglio da região femoral para compatibilidade/tipagem de HLA; na preparação do PDO para realização do ecocardiograma transtorácico e abdominal para verificação das condições de bom funcionamento do coração, fígado e rins. Em paralelo a todo este processo de identificação é iniciado o tratamento ativo do PDO, sendo um processo complexo que exige dos enfermeiros o máximo de rigor.

Os cuidados do enfermeiro da UCI só terminam com a transferência do dador de órgãos ao enfermeiro do bloco operatório, até lá é importante manter os padrões de qualidade dos cuidados prestados, sendo que Peiffer (2007) sugere que o rácio de enfermeiros para cada PCO em MC deveria ser de 3:1, defendendo que os cuidados de enfermagem podem ser mais rigorosos após a MC, do que antes de esta ocorrer.

Com a prestação de cuidados ao PDO, juntamente com a enfermeira orientadora concluímos que a existência do protocolo era importante para a orientação de todo o processo de identificação e referenciação do PDO. Porém, verificamos que seria mais fácil a visualização das atividades de enfermagem, se essas fossem ordenadas de forma cronológica a todo o procedimento, sendo organizadas de forma a compreender uma *check list*, garantindo ao enfermeiro um acesso rápido a todos os procedimentos, desde a verificação dos

critérios para realização das PMC, até ao encaminhamento do dador para o bloco operatório.

Foi então elaborada a “*Check list* de Atividade de Enfermagem relacionadas com o Potencial Dador de Órgãos” (Apêndice IV). Este instrumento de trabalho foi elaborado após a minha participação nas primeiras PMC e identificação do PDO, sendo utilizado pelos enfermeiros, em modo experimental em mais 5 casos. Os enfermeiros que utilizaram esta *checklist* relataram um *feedback* positivo, referindo ser um instrumento orientador, de simples e rápida visualização de todos os procedimentos de enfermagem, conseguindo validar cada passo já realizado e antecipando o próximo.

O instrumento foi apresentado em CHD, porém devido ao curto espaço de tempo que faltava para terminar o estágio não foi possível obter a validação formal por parte do hospital. No entanto a enfermeira chefe e os enfermeiros da UCI solicitaram que fosse utilizado como guia de bolso para cada um individualmente. Hoje em dia no contacto que mantenho com alguns elementos da equipa de enfermagem, sei que a *checklist* ainda é utilizada.

Em parceria com o CHD, foi reorganizado o *dossier* referente à doação e transplantação de órgãos, presente na UCI, através da inclusão da legislação mais recente, protocolos internos da instituição e trabalhos realizados pelos alunos e enfermeiros. Tornando de fácil acesso, toda a informação para todos os elementos da equipa de saúde.

Para além de prestar cuidados de enfermagem na identificação de PDO, tive também a oportunidade de desenvolver competências em outras áreas de atuação do enfermeiro, que envolveram várias pesquisas em busca de conhecimentos atualizados sobre procedimentos complexos como a dialise e as técnicas contínuas de substituição da função renal, avaliação da pressão intracraniana, gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos, colaboração com o enfermeiro especialista em reabilitação na realização de técnicas direccionadas para a promoção da mobilização de secreções brônquicas. As vastas técnicas e cuidados de enfermagem que podem ser prestados numa UCI reúnem as condições ideais para uma constante procura do saber, motivadores de uma busca constante de uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Resultados/Síntese:

O processo de identificação de um PDO exige do enfermeiro a máxima de atenção, pois qualquer alteração hemodinâmica ou fisiológica pode ter um significado específico, tendo o profissional que saber interpretar cada alteração ou sinal que apareça. É importante também ter conhecimento de toda a parte ética que envolve o processo de doação e transplantação de órgãos, devendo o enfermeiro agir de acordo com as suas convicções, respeitando os valores éticos e o código deontológico.

Na qualidade de enfermeira a desenvolver competências especializadas, torna-se imprescindível ser capaz de responder prontamente aos focos de instabilidade e de executar procedimentos de alta complexidade. As mais variadas atividades aqui apresentadas possibilitaram-me o desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem na identificação de focos de instabilidade, tentando sempre notificá-los, atualizando o plano de cuidados e executando os cuidados necessários.

Desta forma, o desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados na identificação do PDO favoreceu a realização de diversas atividades, nas quais procurei a harmonia entre a mestria da tecnologia e a arte do cuidar (Sá, Botelho, & Henriques, 2015), habilitando-me de uma maior segurança na prática profissional, promovendo um ambiente terapêutico seguro numa melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem (Regulamento nº122/2011, de 18 de Fevereiro, DR) conseguindo uma maior facilidade na mobilização de conhecimentos e habilidades múltiplas, respondendo em tempo útil e de forma holística a qualquer situação que possa surgir.

A gestão de protocolos terapêuticos complexos e a dinâmica de todo o processo de verificação da possibilidade de doação ou não exige do enfermeiro uma grande articulação de procedimentos técnico-científicos, podendo ser caracterizada como um momento de máxima dedicação.

Objetivo 2 - Desenvolver competências de enfermagem na comunicação com a família/pessoa significativa do PDO

Tendo em conta todo o ambiente tecnológico que caracteriza uma UCI, atribui-lhe uma identidade própria, cuja presença constante da finitude da vida potencia o desenvolvimento de sentimentos de desconforto e ansiedade junto da pessoa e sua família (Sá et al., 2015). É um local onde a tecnologia e a efetividade prática podem facilmente substituir ou minimizar as relações humanas, observando que a maioria dos doentes se encontram em estado de coma induzido ou sedados devido à complexidade das situações. Para a família o ambiente tecnológico aliado às alterações do estado de consciência do doente fomentam focos de instabilidade emocional, insegurança e medos. De forma a colmatar este tipo de sentimentos é essencial que o enfermeiro tenha a família como foco do cuidado, ajudando-a a consciencializar-se sobre a situação presente.

Focando o tema da MC e PDO é importante que a família esteja consciencializada sobre este diagnóstico e a possibilidade da doação de órgãos. Deste modo, considero que o acolhimento e as informações disponibilizadas no primeiro contacto com a família são essenciais para o sucesso da construção de uma relação terapêutica. O enfermeiro deve utilizar este momento para identificar as competências e os recursos, que a família dispõe para vivenciar esta situação crítica e inesperada na maior parte dos casos.

De forma a alcançar o objetivo delineado e desenvolver competências na área da comunicação com a família, tive a oportunidade de participar comunicação do diagnóstico de MC e informação sobre a possibilidade de doação de órgãos. A transmissão de más notícias era inicialmente do domínio médico, porém esta ideia tende a perder terreno (Ribeiro, 2013). Nesta UCI a equipa médica e de enfermagem transmitem as más notícias em parceria, sendo o elemento que se sente mais confortável a fazê-lo.

A adoção de uma comunicação assertiva, assente numa linguagem simples e compreensível para a família é importante para que compreenda a situação, por exemplo, explicando-lhe o que visivelmente podem encontrar aquando da visita ao seu familiar. No caso de diagnóstico de MC com a possibilidade de doação de órgãos, o PDO continua conectado ao ventilador, como a todo o equipamento de monitorização de parâmetros vitais, sendo possível olhar para ele como uma pessoa viva, uma vez que os movimentos respiratórios estão presentes embora suportados somente pelo suporte ventilatório, a temperatura e cor da pele mantem-se e o monitor de avaliação de sinais vitais continua a avaliar o estado hemodinâmico. Este momento é demasiado delicado, sendo que os enfermeiros devem recorrer a técnicas de comunicação eficaz, criando um ambiente e espaço físico

adequados para a transmissão de más notícias, tal como refere Tuffreu-Wijne (2013) a existência de um espaço específico destinado ao acolhimento da família, partilha de informações e/ou comunicação de más notícias garante a privacidade e conforto neste momento.

Na primeira situação que surgiu de transmissão da informação do diagnóstico de MC e a possibilidade de doação de órgãos, participei de modo passivo, ou seja a minha função era observar toda a situação e no final refletir sobre aquele momento, realizando sugestões para melhorar a transmissão de más notícias. O protocolo de SPIKES já era utilizado como premissa para a realização destes momentos, e a equipa demonstrou conhecimentos e capacidades de comunicação de más notícias perante a família, este momento tornou-se enriquecedor, servindo de modelo para as próximas situações.

Uma segunda situação de MC exigiu um novo comunicado à família, a equipa médica e de enfermagem solicitou que fosse eu a realizar o plano para a transmissão das informações à família. Seguindo o protocolo de SPIKES, o local escolhido foi a sala de reuniões da UCI, a família foi contactada e deslocou-se ao hospital. Reunida a equipa e os familiares, procedeu-se á comunicação do agravamento do estado clínico do doente e consequente diagnóstico de MC. Procurei saber que informação a família tinha sobre este diagnóstico, através de perguntas simples e claras. Foi explicado o conceito de MC e introduzido o tema de doação de órgãos. Foi clarificado o conceito de PDO e explicada a legislação praticada em Portugal relativa à área da doação e transplantação de órgãos. Esta família revelou alguns conhecimentos sobre esta área o que facilitou todo o processo de transmissão de informação e aceitação da mesma, revelando que era vontade do doente, ser dador de órgãos. Conforme já referido anteriormente, Siminoff et al. (2001) referem que quando a família tem um conhecimento prévio do desejo do potencial dador, em relação à dádiva de órgãos, este tem um efeito positivo na aceitação do processo de doação.

No entanto esta família referiu algumas dificuldades, tais como iriam contar esta notícia aos filhos, ainda pequenos. A equipa de saúde tentou ajuda-la a criar um plano de ação de forma a conseguirem resolver e ultrapassar, foi sugerido que a notícia fosse dada em conjunto com a psicóloga do hospital, de modo a que fosse possível fornecer um suporte a nível físico e psíquico adequado. Outro problema apresentado foi como iriam gerir a área financeira, para este foi elaborado um plano de ação em conjunto com a familiar

(procurasse alguém de confiança, reunir os papéis necessários, criar uma lista com os assuntos a tratar; e organiza-los por datas). Assim a equipa de saúde pode ajudar a família a adquirir capacidades de planeamento para resolver problemas futuros. Indo de encontro a uns dos pressupostos da teoria de Kolcaba, o enfermeiro pode ajudar a família a atingir um dos níveis do conforto, a transcendência, de forma a ajudar a família a ganhar competências de planeamento e controle do seu destino, dando resposta aos seus problemas (Kolcaba, 1991).

A dificuldade encontrada na transmissão de más notícias na UCI prendeu-se com o fato de conhecer previamente a família de cada doente e cada PDO. A experiência prévia como enfermeira num SUG não ajudou, apesar de ser confrontada diariamente com este tipo de situações. As relações estabelecidas no SUG são mais rápidas, sendo que o enfermeiro não fica muito tempo com o mesmo doente e com a sua família.

Na UCI, o enfermeiro, na maior parte das vezes, pelo tempo de internamento de cada doente, tem a oportunidade de conhecer a sua família, conseguindo envolver a família no plano de tratamentos, quando a mesma o deseja. Relembro uma situação em que foi diagnosticado uma doença degenerativa a um homem, com necessidade de internamento prolongado na unidade, onde a esposa foi envolvida nos cuidados. Inicialmente a esposa perguntou se poderia levar os produtos de higiene pessoal do marido para a UCI, sendo o pedido aceite pela equipa de saúde. Identifiquei esta oportunidade como momento para poder envolver a esposa no plano de cuidados desse doente, através da prestação de cuidados nos cuidados de higiene e conforto. Os resultados obtidos vão de encontro à teoria de Kolcaba, no aumento do conforto na medida em que a instituição promotora de cuidados de saúde, trabalha para obter a satisfação das necessidades dos doentes e sua família (Kolcaba, 2003).

Estes momentos de partilha entre o enfermeiro, doente e família, cria expectativas nos familiares sobre a possibilidade de existirem sempre boas notícias a serem transmitidas, pois é o que a família mais deseja ouvir. Quando fui confrontada com situações de morte, tive a sensação de estava a desapontar as expectativas daquela família, causando desconforto e sofrimento à mesma, como refere Buchman (1992) o enfermeiro tem a noção exata de que vai induzir sofrimento acrescido à família com quem assumiu um compromisso. No entanto a perspetiva de existir um PDO, que pode vir a salvar ou melhorar a

qualidade de vida de outras pessoas chamou-me á realidade e serviu-me de conforto a toda esta situação.

Resultados/Síntese:

Sendo o enfermeiro o profissional de saúde que está mais próximo da família, compete-lhe acolher e dar suporte à família, ajustando as informações fornecidas às necessidades apresentadas individualmente, desempenhando esta função durante o estágio consegui demonstrar habilidades facilitadoras no processo de luto (Regulamento nº124/2011, de 18 de Fevereiro). Adquiri também competências na área da assistência á família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica, como também na área da gestão da comunicação interpessoal que fundamente a relação terapêutica com a pessoa/família face a uma situação de alta complexidade (Regulamento nº124/2011 de 18 de Fevereiro).

Na perspetiva de Bertone *et al.* (2007) a comunicação deve fazer parte fundamental do exercício profissional do enfermeiro, para que estes possam garantir o êxito dos procedimentos técnicos e da convivência que competem para uma melhor qualidade dos cuidados prestados, tal como é preconizado pelo regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, com a pesquisa de padrões comunicacionais aliados à melhoria da qualidade dos cuidados prestados, desenvolvi esta competência relacionada com a gestão e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados (Regulamento nº361/2015 de 26 de Junho; Regulamento nº122/2011 de 18 de Fevereiro).

Objetivo 3 - Conhecer o funcionamento do Gabinete de Coordenação de Colheita e Transplantação.

De forma a cumprir o objetivo proposto, realizando as atividades descritas, tive a oportunidade de realizar 3 turnos no GCCT do hospital. Durante este período consultei artigos, protocolos internos e vários trabalhos disponíveis no gabinete. Tive a oportunidade de conversar com a Enfermeira responsável deste departamento, conseguindo obter uma ideia mais clarificada sobre a função dos CHD.

A consulta do programa informático foi algo rápido, porém tive a oportunidade de realizar uma pesquisa no RENNDA. Os dados procurados não existiam na base de dados do registo, sendo considerado o não registo, ou seja, a total disponibilidade para a doação de órgãos, conforme afirma a Lei número 22/2007 de 29 de Junho. Esta pesquisa resultou de uma intervenção primária, a referenciação de um PDO na UCI realizada por mim, com conhecimento da chefe de equipa médica e de enfermagem. Desta comunicação, surgiu o convite por parte da CHD para assistir à pesquisa no RENNDA.

Os GCCT são estruturas autónomas dotadas de recursos humanos especializados na sua área de atuação, identificados como Coordenadores de Colheita e Transplantação, de equipas pluridisciplinares para a realização da colheita de órgãos, tecidos e células nos dadores identificados, e de outros profissionais responsáveis pelo controlo da qualidade da atividade, bem como de todos os elementos necessários ao seu adequado e eficaz funcionamento, nomeadamente pessoal auxiliar e administrativo. Compete aos GCCT, entre outras atribuições, “coordenar a atividade de colheita e transplantação de órgãos, tecidos e células nas instituições de saúde, públicas ou privadas da sua área de referência, definida pela ASST, com eventual extensão a nível nacional e internacional” (IPST, 2015). O CHD tem como função a dinamização, regulação, normalização, controlo e fiscalização da atividade desenvolvida por toda a Rede.

A atividade de colheita de órgãos, em Portugal, encontra-se dividida, em termos geográficos, por cinco GCCT: Centro Hospitalar do Porto (Hospital de Santo António), Hospital de São João, Hospitais da Universidade de Coimbra, Centro Hospitalar de Lisboa Central (Hospital de São José) e Centro Hospitalar Lisboa Norte (Hospital de Santa Maria) (Ministério da Saúde, portaria nº357/2008 de 9 de maio).

Os GCCT devem articular-se com as Unidades de Colheita e de Transplantação, bem como com os CHD e os Centros de Histocompatibilidade, estabelecendo protocolos de atuação que agilizem a atuação de todos os elementos envolvidos, garantindo a atempada colheita e transplante de órgãos, tecidos e células. É da sua responsabilidade a consulta ao RENNDA, nos termos da legislação em vigor, e a transmissão aos estabelecimentos hospitalares públicos ou privados, devidamente autorizados, em que se proceda à colheita *post mortem* de órgãos, tecidos ou células, da existência de oposição ou restrições à dádiva presentes no RENNDA.

A identificação do PDO é uma etapa decisiva na cadeia de transplantação. A missão primordial dos Gabinetes é proceder à avaliação de todos os potenciais dadores sinalizados,

conjuntamente, com os CHD, usando de todos os conhecimentos científicos para expandir o número de órgãos disponíveis para transplantação.

Resultados/Síntese:

O contacto com profissionais especializados na área da doação e transplantação fez com que atribuísse uma maior dignidade ao trabalho realizado por todos, não tomando como relevante nenhum em específico, mas dando valor ao trabalho realizado por toda a equipa. Cada elemento tem a sua função bem definida, que o enfermeiro e médico que desempenham as suas funções na UCI ou SU, como o CHD. A coordenação de ambas as funções culmina num excelente trabalho em equipa, notório estatisticamente como referenciado anteriormente no capítulo I.

Considero de máxima importância a existência de uma organização que coordene todos os processos inerentes à área da doação e transplantação de órgãos, de forma a maximizar a eficiência dos procedimentos técnicos e rentabilizar os recursos materiais e financeiros investidos.

Tomando conhecimento de todas as dimensões do cuidar de enfermagem na área da doação e transplantação, realço a minha dedicação na prestação de cuidados de enfermagem na identificação de um PDO, assumindo a minha responsabilidade profissional, tendo em atenção o respeito por todo o ser humano, respeitando os direitos humanos, baseando a prática dos cuidados no respeito ético e legal preconizado pela profissão de Enfermagem, procurando a excelência dos cuidados e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Regulamento nº361/2015 de 26 de Junho; Regulamento nº122/2011 de 18 de Fevereiro, DR).

CONCLUSÃO

Chegando ao fim deste percurso realizado, posso dizer que este caminho me levou á consciencialização da riqueza profissional e pessoal que fui adquirindo. Na elaboração deste relatório sou fiel às experiencias vividas, tentando traduzir por palavras todas as competências que adquiri e desenvolvi. Porém a limitação de páginas foram um dos problemas encontrados, podendo não conseguir expressar toda a grandeza das experiencia vividas.

Realço que a escolha dos locais de estágio contribuíram de forma positiva para a aquisição e desenvolvimento das competências preconizadas para este mestrado, sendo norteadora na elaboração dos objetivos específicos. A pesquisa bibliográfica foi um recurso constante ao longo da construção de todo o relatório, refletindo sobre as práticas realizadas.

Ao longo de todo o percurso considero que a minha intervenção foi de encontro aos compromissos para com os deveres éticos e deontológicos preconizados pela profissão e pelo código deontológico (OE, 2005), tendo como principal objetivo atingir a máxima qualidade dos cuidados prestados, respeitando sempre os direitos da pessoa e família.

Tendo em consideração a especificidade do tema, preparei-me para a prestação de cuidados á PSC no decorrer dos dois estágios, de forma a alcançar as competências do mestrado, conseguindo traçar objetivos específicos para a PSC, família e identificação do PDO. A comunicação de más notícias à PSC e à sua família, foi um dos focos dos meus cuidados, desta forma vou de encontro ao pensamento de Leal (2009) quando refere que a transmissão de más notícias requerer muita perícia e treino, sendo características que se adquirem ao longo da vida, sendo benéfico para todos os intervenientes neste processo de comunicação. Posso caraterizar que os momentos de comunicação com a PSC e sua família se traduziram numa excelente oportunidade para identificar as necessidades de cada um, podendo traçar um plano de ação direcionado, melhorando a qualidade dos cuidados prestados.

No SU procurei a melhor forma de trabalhar e explorar o meu tema, procurando transformar a minha presença em um contributo positivo para a equipa de enfermagem e

no desenvolvimento das competências do mestrado, dando visibilidade à importância da doação e transplantação de órgãos.

A dinâmica do SU não foi de qualquer modo levada como uma dificuldade, uma vez que desempenho as minhas funções como enfermeira num SU, porém pela especificidade do tema e por ser uma situação que os enfermeiros do SU não eram confrontados muitas vezes, tive de reformular alguns dos objetivos específicos. Esta reestruturação levou-me mais além e permitiu-me desenvolver competências ao nível da comunicação, realizando também uma sessão de formação na área da temática escolhida, que revelou resultados bastante positivos e acima de tudo a sensação de se revelar um momento de partilha de saberes.

Com o estágio na UCI consegui dar o meu contributo na identificação e referenciação do PDO, apostando na melhoria dos cuidados prestados. A equipa é bastante consciencializada para os cuidados de enfermagem na área da doação e transplantação de órgãos, tornando-se para mim uma experiência muito rica, quer em conteúdo teórico como prático. No entanto a quantidade de PDO que se perde, por falta de identificação ainda é considerável. “Na minha opinião, temos de discutir a necessidade de melhorar a identificação de potenciais dadores, tendo em conta a sua escassez, e redefinir responsabilidades e estratégias quanto a estas matérias”, palavras do Professor Manuel Antunes à Revista Transmissão (Revista oficial da Sociedade Portuguesa de Transplantação). Uma das estratégias apontadas pelo Professor Fernando Macário por “reforçar na formação de recursos humanos na área da transplantação e na melhoria das condições de algumas unidades transplantadoras” (Transmissão, 2016). Neste sentido através da aquisição e desenvolvimento de competência nesta área considero que pude e poderei contribuir, de certa forma, para melhorar a identificação de PDO.

Ao desenvolver competências na prestação de cuidados na identificação do PDO na UCI, percebi que os enfermeiros necessitam de uma atualização permanente dos seus conhecimentos, pela diversidade de tecnologia que invade esta área, conjugando o cuidado de enfermagem com o cuidado tecnológico. Conforme refere Buchi & Mira (2010) o enfermeiro que trabalha nas UCI necessita de uma constante atualização técnico-científica, ética e política.

A UCI levou-me mais além, pois alguma tecnologia utilizada era pouco conhecida por mim, como por exemplo a avaliação da pressão intracraniana ou a realização de técnicas

contínuas de substituição da função renal, entre outras. Atribuo a todas estas experiências como um estímulo para procurar e produzir mais conhecimentos, levando o meu pensamento a alcançar conhecimentos novos, podendo alia-los a uma prática.

Um dos maiores desafios na área da doação e transplantação continua ser a disparidade dos órgãos necessários excederem em quantidade os enxertos disponíveis. No entanto a evolução no perfil do dador de órgãos, reflete-se nos avanços e aumentos do número de órgãos colhidos no último ano, como por exemplo a colheita de órgãos em dador de coração parado, este tipo de transplante arrancou em Portugal no início de 2016, realizado no Hospital de São João (SPT, 2016) (revista). Em 2016 o IPST verificou um aumento significativo do número de órgãos colhidos, aumentando também a taxa de utilização dos órgãos (de 79% em 2015, para 84% em 2016), registando o maior número de transplantes hepáticos e pulmonares, aumentando também os transplantes renais (IPST, 2017).

A teoria do Conforto de Kolcaba foi o referencial que escolhi para delinear um percurso consistente e orientado na prática, de forma a estruturar a minha linha de pensamento. Não só baseei a construção das atividades de enfermagem nas premissas de Kolcaba, na prestação de cuidados especializados à PSC e sua família, como também encontrei algum conforto próprio nesta teoria. Enfrentando ambientes novos, experimentei um certo grau de vulnerabilidade e momentos de ansiedade, contudo consegui encontrar respostas para as dificuldades. O tema conforto foi também estudado por Collière (2003, pág.182), que considerava os cuidados de conforto como “os cuidados que encorajam, que permitem adquirir segurança, que favorecem a renovação e a integração da experiência, para que haja aquisição”. Traduzindo estas palavras, revejo que o desenvolvimento de competências alicerçadas á evidência científica procurada, tornaram-se essenciais para a aquisição da confiança necessária para conseguir ultrapassar todas as dificuldades encontradas, atingindo um conforto pleno nos quatro contextos: físico, social, psíquico e ambiental, referidos por Kolcaba (1992).

A diversidade de situações vividas ao longo dos estágios, aliadas ao poder reflexivo que fui ganhando, consegui desenvolver competências e habilidades que me permitissem prestar cuidados mais diferenciados, sustentando a minha prática na evidência teórica. Desta forma, estruturando todo o meu pensamento e erguendo os alicerces alcançados, considero que consegui atingir um novo patamar profissional, de “perita” segundo a classificação de Benner (2001). Não pretendendo retroceder nesta longa caminhada, em busca de um saber maior, sem nunca esquecer que a vontade de querer fazer é o primeiro

passo para qualquer desejo idealizado. E foi a vontade de querer explorar os cuidados de enfermagem na identificação precoce do PDO que me trouxe até aqui.

Considero que todo o percurso realizado contribuí para a aquisição e desenvolvimento das competências preconizadas para este mestrado, conseguindo atingir os objetivos propostos, reestruturados sempre que foi necessário, de modo a construir um caminho recheado de oportunidades e experiências que transporto para a vida profissional e pessoal, com o maior gosto. Sinto que todo o caminho percorrido não termina com o fim deste relatório, mas espero que sirva como uma rampa de lançamento para novos desafios nesta área da doação e transplantação de órgãos, podendo dar o meu contributo para a identificação de um maior número de PDO.

No decorrer deste ano tive a oportunidade de realizar em maio o Curso Avançado em Coordenação de Transplantação, que decorreu entre os dias 22 a 25 no Vimeiro. Como referi anteriormente, o enfermeiro deve procurar uma formação organizada, estruturada e atualizada, devendo transmitir aos pares os seus conhecimentos. Esta procura e transmissão de conhecimentos traduz-se em várias apresentações que tenho realizado em âmbito hospitalar, local onde trabalho. Como objetivo futuro pretendo publicar um artigo sobre o tema abordado, como a exposição de um trabalho nas jornadas de enfermagem no serviço de urgência a realizarem-se no ano 2018. Pretendo dar continuidade a todo o trabalho realizado até aqui, procurando informação atualizada com vista na melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Na instituição onde trabalho, irei procurar formas e maneiras de poder vir a desempenhar funções como elemento de referência no âmbito da área da doação e transplantação de órgãos.

BIBLIOGRAFIA

- American College of Surgeons. Committee on Trauma. (2012). *Advanced trauma life support : student course manual*. Chicago, IL: American College of Surgeons.
- Ashworth, P. (01 de 09 de 1990). High technology and humanity for intensive care. *Intensive Care Nursing*, 6(3), 150-160. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/0266-612X\(90\)90074-H](http://dx.doi.org/10.1016/0266-612X(90)90074-H)
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care: A Thinking-in-Action Approach* (2nd ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Benner, P., Queirós, A. A., Lourenço, B., & Dias, A. S. (2005). *De iniciado a perito : excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bouso, R. (2008). O processo de decisão familiar na doação de órgãos do filho: uma teoria substantiva. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(1), 45-54.
- Cavalcante, L. d., Ramos, I. C., Araújo, M. Â., Alves, M. D., & Braga, V. A. (2014). Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. *Acta Paul Enferm. Acta Paulista de Enfermagem*, 27(6), 567-572. Obtido em 1 de Abril de 2017, de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n6/1982-0194-ape-027-006-0567.pdf>
- Cinque, V., & Bianchi, E. (2010). Estressores vivenciados pelos familiares no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 44(4), 996-1002.
- Cohen, C. (1992). The case for presumed consent to transplant human organs after death. *Transplantation proceedings*, 24(5), 2168-2172.
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida*. Loures: Lusociência.
- Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência. (2012). *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência*. Relatório

- CRRNEU. Obtido em 2 de Abril de 2017, de <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cnt-rel-crrneu-pdf.aspx>
- Congresso reforça cooperação luso-brasileira na transplantação. (2013). *Transmissão*. Obtido em 1 de Abril de 2017, de <http://www.spt.pt/site/desktop/webpage-45.php>
- Coordenação Nacional da Transplantação. (2017). Doação e Transplantação de Órgãos. Obtido em 1 de Abril de 2017, de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/02/Doa%C3%A7%C3%A3o-e-Transplanta%C3%A7%C3%A3o-de-%C3%93rg%C3%A3os_resultados.pdf
- Despacho nº 10319/2014, de 11 de Agosto. (2014). *Diário da República*. Ministério da Saúde. Lisboa: Portugal. Obtido em 2 de Abril de 2017, de <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A110CE46-A607-4BD1-AB82-BE86B31314C3/40304/2067320678.pdf>
- Despacho nº 14341/2013 de 6 de Novembro. (2013). *Diário da República, 2ª série, nº 215*. Ministério da Saúde. Lisboa: Portugal.
- Despacho nº 168/2015 de 21 de Agosto. (2015). *Diário da República, 1ª série, nº 168*. Ministério da Saúde. Lisboa: Portugal.
- Despacho nº 22/2007 de 29 de Junho. (2009). *Diário da República, 1ª série, nº 124*. Ministério da Saúde. Lisboa: Portugal.
- Despacho nº 357/2008 de 9 de Maio. (2008). *Diário da República, 1ª Série, nº 90*. Ministério da Saúde. Lisboa: Portugal.
- Despacho nº 16351/2012 de 24 de Dezembro. (2012). *Diário da República*. Ministério da Saúde. Lisboa: Portugal.
- Direção Geral da Saúde. (2010). *Circular normativa, nº7 de 31 de Março de 2010*. Direção-Geral da Saúde. Obtido em 2 de Abril de 2017, de <https://www.google.be/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0ahUKEwir4-S66oXTAhVnDsAKHYCXBP0QFggqMAI&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdirectrizes-da-dgs%2Fnormas-e-circulares-normativas%2Fcircular-normativa-n-07dqsdqco-de-31032010-pdf.aspx&usg=AFQjCNF>

- Direção geral de saúde. (2013). Norma nº 015/2013. *Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação*. Lisboa: Portugal. Obtido em 1 de Abril de 2017, de https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1202/Norma_DGS_015-2013_CI.pdf
- dos Santos, M., Massarollo, M., & de Moraes, E. (2014). The Family Interview in the Process of Donating Organs and Tissues for Transplantation: Perceptions of Potential Donors' Relatives. *TPS Transplantation Proceedings*, 46(6), 1674-1677.
- Escudero, D., Flores, J. I., Matesanz, R., & Soratti, C. A. (2009). Consideraciones generales sobre la muerte encefálica y recomendaciones sobre las decisiones clínicas tras su diagnóstico. *Medinte Medicina Intensiva*, 33(9), 450-454.
- Fragata, J., Rodrigues, V., & Sousa, P. (2011). *Segurança dos Doentes: uma abordagem prática*. Lisboa: Lidel.
- Guarino, A. d., Izumi, N. M., Moraes, E. L., Moraes, T. C., Paixão, N. C., & Silva, L. B. (2009). The profile of potential organ and tissue donors. *rlae Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(5), 716-720.
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. (2002). *Prevenção de infeções adquiridas no hospital*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Obtido em 1 de Abril de 2017, de <https://www.google.be/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjnkCTAtIPTAhUFOsAKHQ8ZBs4QFggdMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fprograma-nacional-de-controlo-da-infeccao%2Fdocumentos%2Fmanuais-de-boas-praticas%2Fprevencao-de-infeccoes-adquirida>
- International Transplant Nurses Society. (2011). *Introduction to transplant nursing core competencies*. Pittsburg: ITNS.
- IPST, IP. (2012). Relatório de atividade. Obtido em 01 de Abril de 2017, de http://www.chlc.min-saude.pt/ResourcesUser/CHL/Informacao_Institucional/Rel_causas_diminuicao_transplantacao.pdf

- IPST, IP. (2013). Relatório sobre as causas da diminuição das colheitas e transplantação de órgãos. Obtido em 1 de Abril de 2017, de http://www.chlc.min-saude.pt/ResourcesUser/CHL/Informacao_Institucional/Rel_causas_diminuicao_transplantacao.pdf
- Knihs, N. d., Schirmer, J., & Roza, B. d. (2011). Adaptación del modelo español de gestión en trasplante para la mejora en la negativa familiar y mantenimiento del donante potencial. *Texto contexto - enferm. Texto & Contexto - Enfermagem*, 20(spe), 59-65.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice : a vision for holistic health care and research*. New York: Springer Pub. Co.
- Kolcaba, K. Y. (1992). Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. *ANS. Advances in nursing science*, 15(1), 1-10.
- Kolcaba, K. Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1178-1184. doi:10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x
- Kolcaba, K. Y., & Fisher, E. M. (1996). A holistic perspective on comfort care as an advance directive. *Critical care nursing quarterly.*, 18(4), 66.
- Kolcaba, K. Y., & Kolcaba, R. J. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of advanced nursing*, 16(11), 1301-10.
- Lima, A. (2012). Doação de órgãos para transplante: Conflitos éticos na percepção do profissional. *Mundo Saude Mundo da Saude*, 36(1), 27-33.
- Machado, H. (2008). *Relação entre a triagem de prioridades no Serviço de Urgência (metodologia de Manchester) e a gravidade dos doentes*. Porto: Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa. Obtido em 2 de Abril de 2017, de <http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1370/1/Machado-H.pdf>
- Ministério da Saúde. (2007). *Recomendações sobre a organização dos espaços do serviço de urgência*. Lisboa: Direção Geral das Instalações e Equipamentos de Saúde.
- Morais, C. M. (2013). *Matrizes conceptuais dos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica: uma abordagem fenomenológica da intencionalidade dos cuidados*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

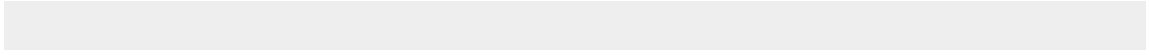
- Oliveira, J. (2006). Final de vida. *Ordem dos Enfermeiros*(20), 38-40. Obtido em 1 de Abril de 2017, de http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe_20_janeiro_2006.pdf
- Ordem dos enfermeiros. (2010a). Parecer conjunto de CE e CJ. (3).
- Ordem dos enfermeiros. (2010b). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialias*. Lisboa: OE.
- Ordem dos enfermeiros. (2010C). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Lisboa: OE.
- Palma, M. d. (2011). A transplantação em Portugal. Obtido em 1 de Abril de 2017, de <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1759/1/U%20%20Altantica%20Maio%202011%20MC%20Palma.pdf>
- Palmeiro, V., César, C., & Alves, M. (2013). *Qual o contributo que o enfermeiro especializado poderá dar a identificação de um potencial dador de órgãos?* Lisboa: Escola Superior de Saúde de Enfermagem de Lisboa.
- Pereira, W. A. (2004). *Manual de transplantes de órgãos e tecidos*. Rio de Janeiro: Guanabar Koogan.
- Plano de atividades IPST, IP. (2015). Instituto português do sangue e da transplatação, IP. Obtido em 1 de Abril de 2017, de http://ipst.pt/files/IPST/INTRUMENTOS_GESTAO/Plano_Actividades/PA_IPST_2015_rev19junho_homologado.pdf
- Scanlon, A., & Lee, G. A. (2007). The use of the term vulnerability in acute care: why does it differ and what does it mean? *The Australian journal of advanced nursing : a quarterly publication of the Royal Australian Nursing Federation*, 24(3), 54-59.
- Silva, A. R., & Lage, M. J. (2010). *Enfermagem em cuidados intensivos*. Coimbra: Formasau.
- Silva, D. d. (2010). *Perfil do dador de órgãos e suas implicações médico-legais*. Porto: Instituto de ciências biomédicas Abel Salazar da universidade do Porto. Obtido

em 1 de Abril de 2017, de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26909/2/TeseDonziliaSilva.pdf>

- Siminoff, L., Gordon, N., Hewlett, J., & Arnold, R. (2001). Factors influencing families' consent for donation of solid organs for transplantation. *JAMA*, 286(1), 71-77.
- Sprung, C., Eidelman, L., & Steinberg, A. (1995). Is the physician's duty to the individual patient or to society? *Critical care medicine*, 23(4), 618-20.
- Swain, S. (2011). The role of clinical nurse educators in organ procurement organizations. *Progress in transplantation (Aliso Viejo, Calif.)*, 21(4), 284-7.
- Tedesco, J. (2011). Acute care nurse practitioners in transplantation: adding value to your program. *Progress in Transplantation Progress in Transplantation*, 21(4), 278-283.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- World Health Organization. (2010). WHO Guiding Principles on Human Cell, Tissue and Organ Transplantation. *Transplantation.*, 90(3), 229 - 333.

ANEXO I

CRITÉRIOS DE MORTE CEREBRAL



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Declaração da Ordem dos Médicos prevista no Artigo 12º da
Lei nº 12 / 93 de 22 de Abril

Conselho Nacional e Executivo
Critérios de morte cerebral

A certificação de morte cerebral requer a demonstração da cessação das funções do tronco cerebral e da sua irreversibilidade.

I . Condições Prévias

Para o estabelecimento do diagnóstico de morte cerebral é necessário que se verifiquem as seguintes condições:

- 1)** - Conhecimento da causa e irreversibilidade da situação clínica;
- 2)** - Estado de coma com ausência de resposta motora à estimulação dolorosa na área dos pares cranianos;
- 3)** - Ausência de respiração espontânea;
- 4)** - Constatação de estabilidade hemodinâmica e da ausência de hipotermia, alterações endócrino-metabólicas, agentes depressores do sistema nervoso central e ou de agentes bloqueadores neuromusculares, que possam ser responsabilizados pela supressão das funções referidas nos números anteriores.

II - Regras de Semiologia

1 - O diagnóstico de morte cerebral implica a ausência na totalidade dos seguintes reflexos do tronco cerebral:

- a)** Reflexos fotomotores com pupilas de diâmetro fixo;
- b)** Reflexos oculocefálicos;
- c)** Reflexos oculovestibulares;
- d)** Reflexos corneopalpebrais;
- e)** Reflexo faríngeo.

2 - A realização da prova de apneia confirmativa da ausência de respiração espontânea.

III - Metodologia

A verificação da morte cerebral requer:

- 1)** - Realização de, no mínimo, dois conjuntos de provas com intervalo adequado à situação clínica e à idade;
- 2)** - Realização de exames complementares de diagnóstico, sempre que for considerado necessário;
- 3)** - A execução das provas de morte cerebral por dois médicos especialistas (em neurologia, neurocirurgia ou com experiência de cuidados intensivos);
- 4)** - Nenhum dos médicos que executa as provas poderá pertencer a equipas envolvidas no transplante de órgãos ou tecidos e pelo menos um não deverá pertencer à unidade ou serviço em que o doente esteja internado.

1 de Setembro de 1994

O Presidente da Ordem dos Médicos, *Carlos Alberto de Santana Maia*.

ANEXO II

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
TOTAL MÁXIMO		TOTAL MÍNIMO
15		3
		INTUBAÇÃO
		8

(Graham Teasdale & Bryan Jennett, 1974)

Interpretação:

Pontuação total: de 3 a 15

- 3 = Coma profundo; (85% de probabilidade de morte)
- 4 = Coma profundo;
- 7 = Coma intermediário;
- 11 = Coma superficial;
- 15 = Normalidade.

ANEXO III
PROTOCOLO DE SPIKES

SPIKES – Um Protocolo em Seis Etapas para Transmitir Más Notícias

S	Setting up	Preparando-se para o encontro
P	Perception	Percebendo o paciente
I	Invitation	Convidando para o diálogo
K	Knowledge	Transmitindo as informações
E	Emotions	Expressando emoções
S	Strategy and Summary	Resumindo e organizando estratégias.

ANEXO IV

TABELA DE VALORES CRÍTICOS DE WILCOXON

Critical Values of the Wilcoxon Signed Ranks Test

n	Two-Tailed Test		One-Tailed Test	
	$\alpha = .05$	$\alpha = .01$	$\alpha = .05$	$\alpha = .01$
5	--	--	0	--
6	0	--	2	--
7	2	--	3	0
8	3	0	5	1
9	5	1	8	3
10	8	3	10	5
11	10	5	13	7
12	13	7	17	9
13	17	9	21	12
14	21	12	25	15
15	25	15	30	19
16	29	19	35	23
17	34	23	41	27
18	40	27	47	32
19	46	32	53	37
20	52	37	60	43
21	58	42	67	49
22	65	48	75	55
23	73	54	83	62
24	81	61	91	69
25	89	68	100	76
26	98	75	110	84
27	107	83	119	92
28	116	91	130	101
29	126	100	140	110
30	137	109	151	120

APÊNDICE I

GUIÃO DA ENTREVISTA PARA OS ESTÁGIOS

Guião de Entrevista para os estágios

- ✓ Breve descrição do SU/UCI, com visita às instalações;
- ✓ Constituição das equipas;
- ✓ Breve apresentação sobre o tema do projeto a desenvolver;
- ✓ Saber se existem profissionais especializados na pessoa e situação crítica e/ou especialistas na área da doação e transplantação de órgãos;
- ✓ Existem protocolos internos de identificação e manutenção do potencial dador de órgãos;
- ✓ Dados estatísticos relevantes na área da identificação de potenciais dadores, doação e transplantação de órgãos;
- ✓ Necessidades formativas da equipa de enfermagem nesta temática;
- ✓ Viabilidade/Aplicabilidade de desenvolver o projeto no serviço SU/UCI.

APÊNDICE II
PLANO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

PLANO DE AÇÃO DE FORMAÇÃO

Identificação de ação:

Tema: Doação de órgãos e tecidos para transplante;

Formadores: Andreia Sampaio, enfermeira e estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica;

Destinatários: Enfermeiros do serviço de urgência do Hospital;

Data e duração: 17/11/2015 com a duração de 30 minutos.

Objetivo geral:

Conhecer a dinâmica do processo de doação e transplantação de órgãos em Portugal.

Objetivos específicos:

- Identificar uma das principais causas de morte cerebral;
- Conhecer a organização do Instituto Português do Sangue e transplantação;
- Identificar pelo menos dois cuidados de enfermagem ao potencial dador de órgãos;
- Conhecer o tipo de consentimento praticado em Portugal.

Materiais e equipamentos utilizados: Projetor, *Powerpoint*, site youtube para visualização de um vídeo.

Conteúdos programados:

- Tipos de dadores;
- Legislação em Portugal;
- Evolução histórica;
- Organização do Instituto Português do sangue e Transplantação;
- Estatística na Europa e em Portugal;
- Função do enfermeiro;
- Modelo aplicado no Hospital.

Metodologia: Modelo expositivo conjugado em o modelo interrogativo.

Avaliação:

Formativa, obtendo um *feedback* contínuo e permanente;

Sumativa, realização de questionário antes e após a formação.

APÊNDICE III

**APRESENTAÇÃO: DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS
PARA TRANSPLANTAÇÃO**

Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantação

5º Curso de mestrado na Área de Especialização da Pessoa em Situação Crítica

17/11/2015

Realizado por: Andreia Sampaio

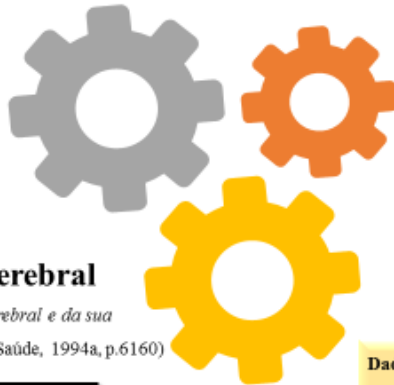
Resumo

- ✓ Tipo de Dadores
- ✓ Legislação
- ✓ Evolução Histórica
- ✓ Evolução Histórica em Portugal
- ✓ Organização do Instituto Português do Sangue e Transplantação
- ✓ Estatísticas em Portugal
- ✓ Estatísticas na Europa
- ✓ Função do Enfermeiro
- ✓ Modelo aplicado no Hospital de Cascais.



Tipos de Dadores

Dadores Vivos



Dadores em Paragem Cardiorrespiratória



Dadores em morte cerebral

"cessação das funções do tronco cerebral e da sua irreversibilidade" (Ministério da Saúde, 1994a, p.6160)

Órgãos de Angélico salvam quatro vidas

Pâncreas, fígado e fígado foram retirados ao cantor e actor Angélica Vieira para transplante.

Dador de órgãos – todo e sujeito vivo ou em morte cerebral é passível de doar um órgão ou parte do mesmo; (WHO, 2009)

Legislação

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Lei n.º 12/93

Colheita e Transplantação de órgãos e tecidos de origem humana

A Assembleia da República decreta, nos termos dos artigos 164.º, alínea e), 168.º, n.º 1, alínea f), e 169.º, n.º 3, da Constituição, o seguinte:

CAPÍTULO I

Disposições gerais

CAPÍTULO III

Da colheita em cadáveres

CAPÍTULO II

Da colheita em vida

CAPÍTULO IV

Disposições complementares

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Decreto-Lei n.º 244/94

de 26 de Setembro

Ao instituir o novo regime de dádiva de tecidos ou órgãos de origem humana para fins de diagnóstico ou terapêuticos, a Lei n.º 12/93, de 22 de Abril, previu expressamente a existência de um Registo Nacional de não Dadores, bem como a emissão de um cartão individual de não dador.

Artigo 1.º

Objecto

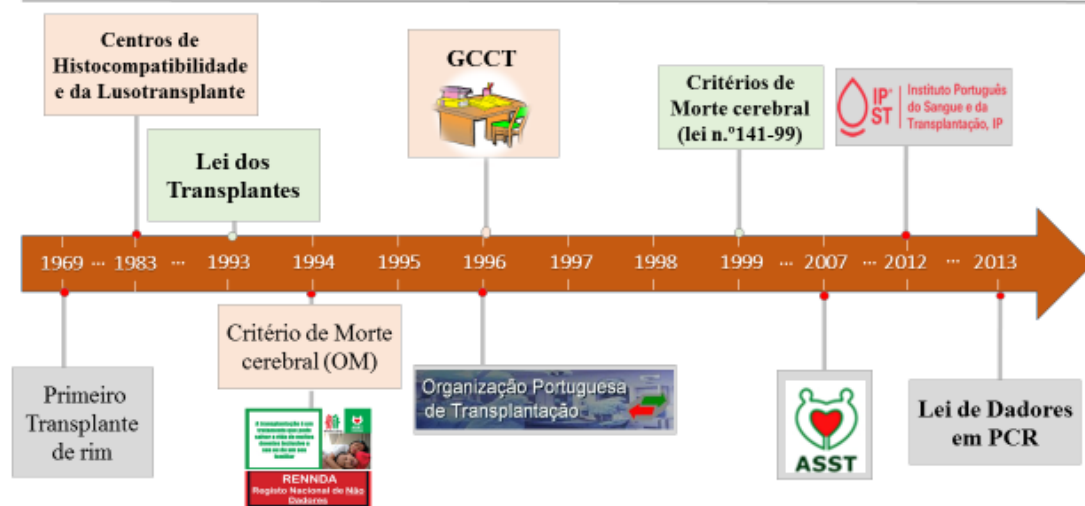
O presente diploma visa regular a organização e o funcionamento do Registo Nacional de não Dadores (RENDA) e a emissão do respectivo cartão individual.

Evolução Histórica

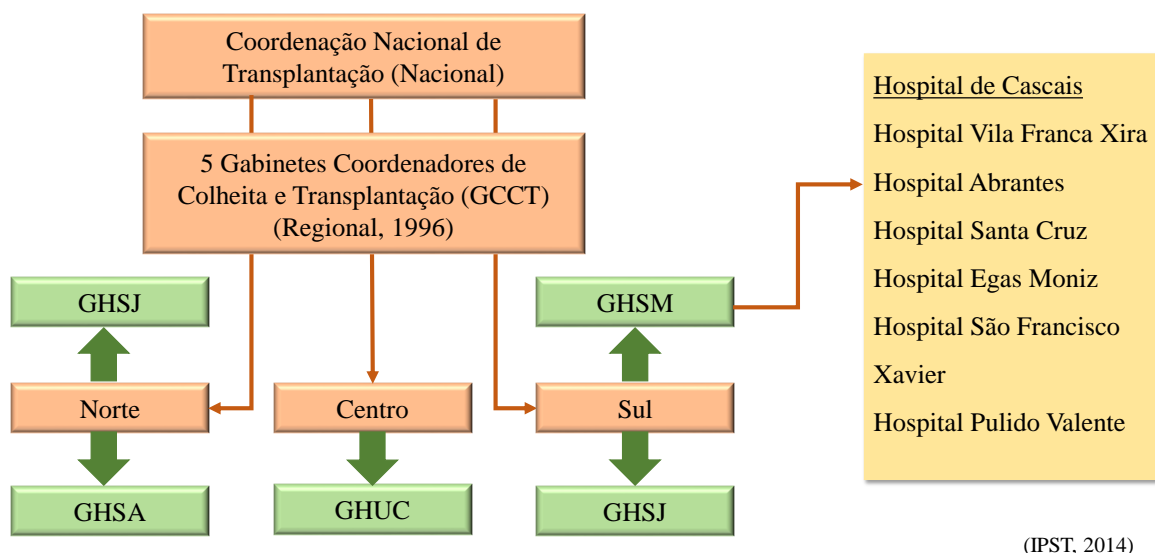


1912 - Técnicas de suturas de vasos sanguíneos (Alexis Carrel);
 1950 - Primeiro transplante renal 1950 de Richard Lawler para doente Ruth Tucker, 44 anos USA, com doença Poliquística e durou 10 meses.
 1954 - Primeiro transplante renal com dador vivo (Joseph Murray em Boston);
 1960 - Descoberta da imunossupressão (Peter Medawar, 1960);
 1968 - Critérios de morte cerebral de Harvard;
 1970 até 1980 - Evolução da terapêutica imunossupressora: Azatioprina associada a corticoides (1960); Ciclosporina (Jean François Borel).

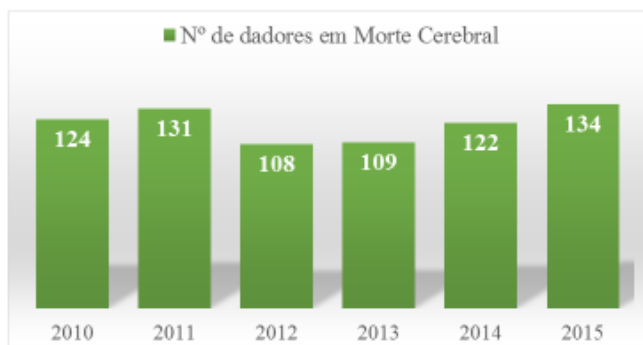
Evolução Histórica em Portugal



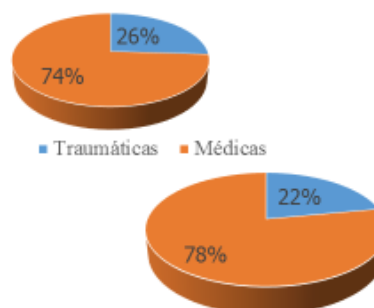
Organização do Instituto Português do Sangue e Transplantação



Estatísticas em Portugal



Legenda: Evolução do número de dadores em morte cerebral nos primeiros 5 meses dos anos 2010 até 2015

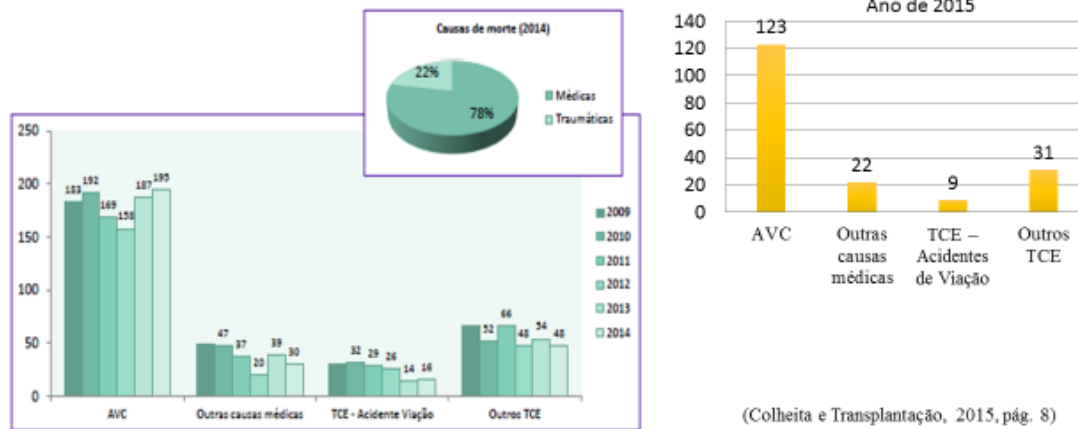


Legenda: Causas de morte (2010 e 2015)

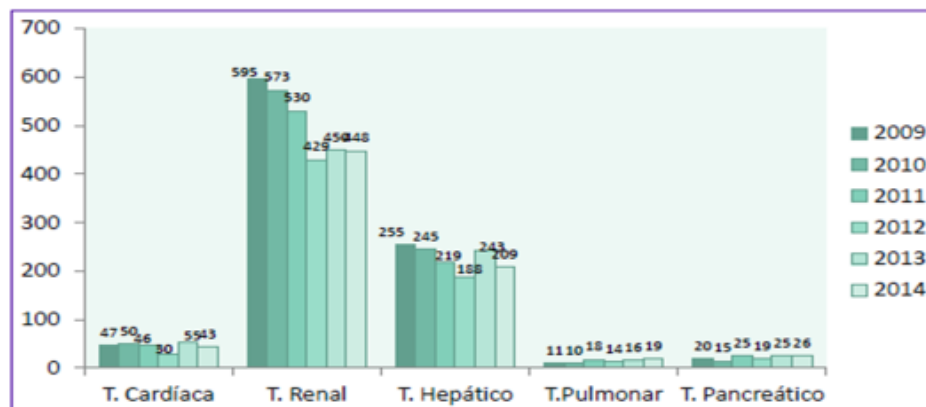
(Colheita e Transplantação, 2015, pág. 8)

Estatísticas em Portugal

Quadro com os principais diagnósticos de janeiro a julho, 1º semestre:



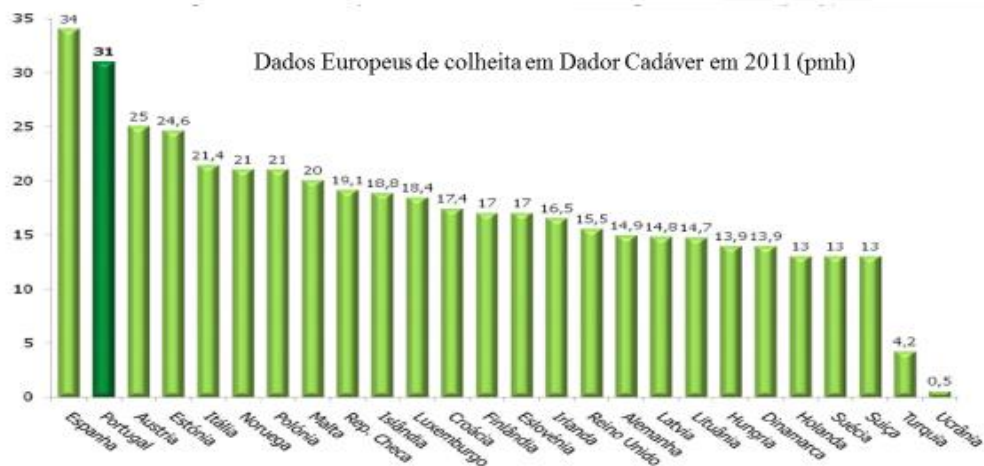
Estatísticas em Portugal



Legenda: Órgãos maciços transplantados em Portugal entre 2009 e 2014.

(Colheita e Transplantação, 2015, pág. 11)

Estatísticas na Europa



(Relatório estatístico, 2011, pág. 18)

Função do Enfermeiro

- ✓ Enfermeiro Coordenador vs Enfermeiro Clínico;
- ✓ Classificação das intervenções de enfermagem;
- ✓ Morte cerebral;
- ✓ Tratamento ativo de um potencial dador de órgãos;
- ✓ Abordagem á família;



Função do Enfermeiro

Enfermeiro Coordenador:

- Coordenação da doação e transplantação;
- Gestão de dados;
- Formação e investigação.

Transplant
Procurement
Management

Enfermeiro clínico:

- Conhecer a política hospitalar de doação;
- Alertar/informar a equipa de coordenação de doação sobre o potencial dador;
- Tratamento ativo do potencial dador, promovendo a viabilidade dos órgãos;
- Apoio emocional à família, respeitando o luto e esclarecendo todas as questões sobre o processo;
- Participar nos procedimentos de colheita de órgãos e tecidos;
- Prestar os cuidados pós-morte.



Função do Enfermeiro



Modelo de Enfermagem: Virginia Henderson

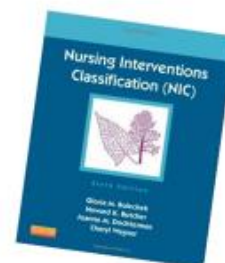
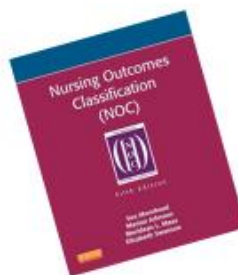
Virginia Henderson's principles and practice of nursing applied to organ donation after brain death

Registered nurses were some of the few nonphysician nurse managers and clinicians employed in the fall. Thus, in government and clinical arenas, nurses' direct involvement in the process of the transition and in meeting community needs has been applied in a variety of settings. Nurses in the Virginia Hospital Association (VHA) often referred to as the "first baby of nursing," developed a nursing model based on an artifact of being. Henderson had the pioneering idea that nursing means any activity from medicine and that nursing consists of more than simply following physicians' orders. Henderson's *Philosophy and Practice of Nursing* is a good example of the nursing model that has been applied in the community. Henderson's approach is the intensely broad and specialized area of nurse education for general practice. Although nurse education encompasses what has traditionally been physicians' activities, pediatrics, or other allied health professions, more is expected of nurses. By virtue of the advances resulting from involvement of the family and impact of the personal domain, Henderson's concepts are applied to the social management of the organ donor in the donor's family and the other family members in the community. Henderson's *Philosophy and Practice of Nursing*, 2nd edition, 1971, pp. 10-11.

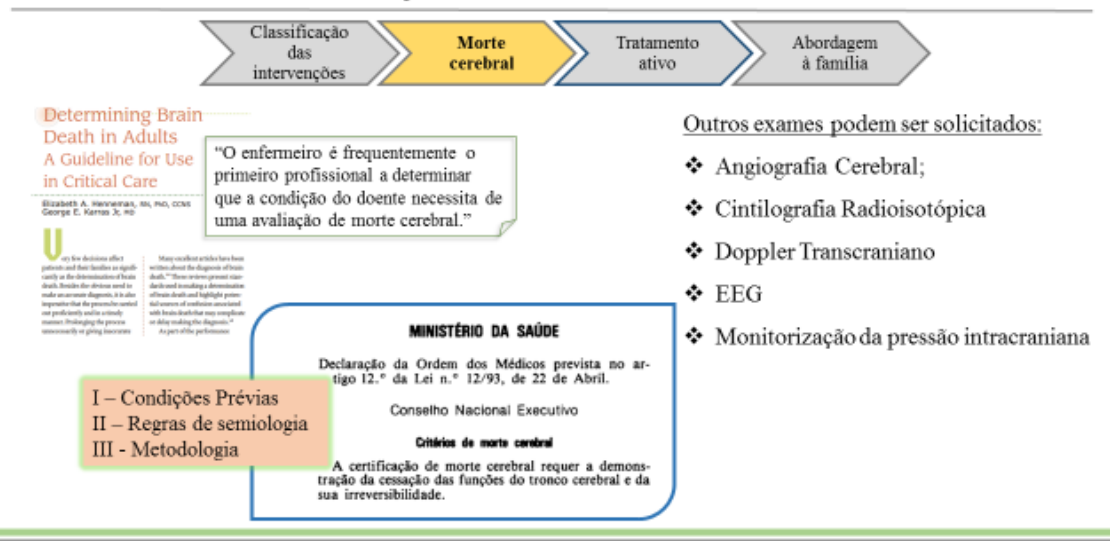
Bruce Nisely, RN, BSN, CPNP, Ginger T. DeLario, PhD, MTJ&AP, CPNP
Cardinal Doris Services, Durham, North Carolina

Corresponding author: Bruce Nisely, RN, BSN, CPNP, c/o Cardinal Doris Services, 3007 Lyndon Parkway, Durham, NC 27707 (e-mail: bruce@nc.cardinaldoris.com)

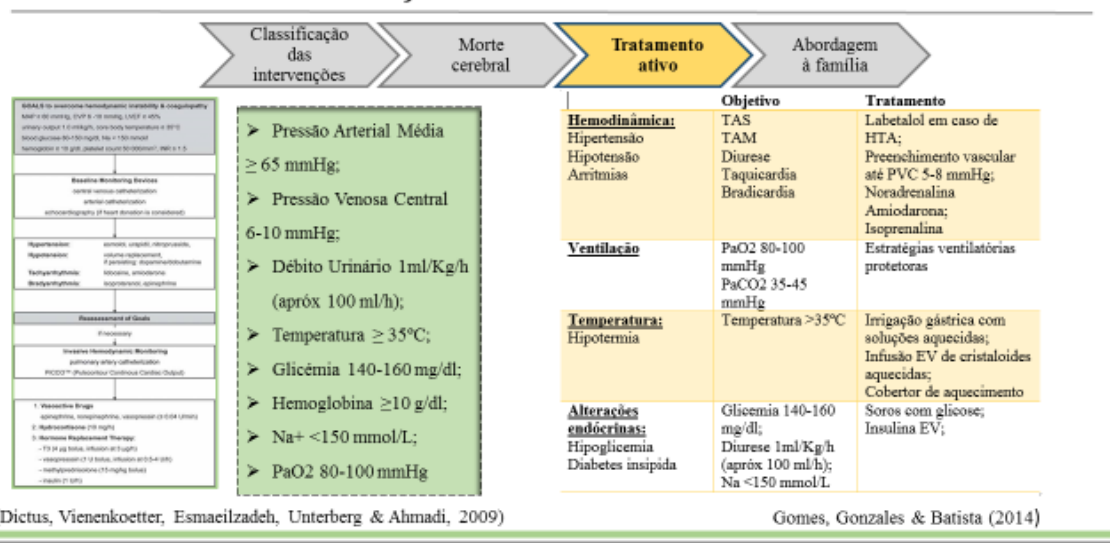
To purchase electronic or print reprints contact:
The Institution Group
101 Columbia, Attn: Reps. (44 words)
New York, NY 10022-3090, tel: 212 or
fax: 212-512-2090 (44 words)
E-mail: reps@theinstitutiongroup.com



Função do Enfermeiro



Função do Enfermeiro


(Dictus, Vienenkoetter, Esmaeilzadeh, Unterberg & Ahmadi, 2009)
Gomes, Gonzales & Batista (2014)

Função do Enfermeiro

Classificação das intervenções

Morte cerebral

Tratamento ativo

Abordagem à família

Entrevista Familiar:

- Transmitir as más notícias/Prognóstico reservado;
- Comunicação da morte
- Tempo de luto/Apoio emocional aos familiares;
- Comunicação da possibilidade da doação de órgãos;



Tipo de Consentimento	Definição	Países
Expresso	Parte do pressuposto de que ninguém é automaticamente doador: é preciso expressar em vida o desejo de doar os órgãos ou carregar consigo um 'cartão de doador'.	Alemanha, Noruega, Suécia, Dinamarca, Finlândia, Grécia e Holanda.
Presumido	Prevê que todos são potenciais doadores, desde que não tenham manifestado explicitamente a sua recusa antes de morrer.	Portugal, Espanha

Modelo aplicado no Hospital

DIREITOS DOS DOENTES E FAMÍLIA Procedimento Doação e obtenção de órgãos para transplantação	PFR.6.1 Pag. 1 / 9
---	-----------------------

1. Título

Doação e obtenção de órgãos para transplantação

2. Padrão JCI

PFR.6.1 - O hospital monitoriza o processo de doação e obtenção de órgãos para transplantação

3. Objetivo

Esta norma destina-se a uniformizar os conceitos e os procedimentos, garantindo-se um total apoio aos intervenientes internos e às equipas de colheitas de órgãos.

4. Intervenientes

Destina-se à Unidade de Cuidados Intensivos Bloco Operatório, o Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, através do Coordenador Hospitalar de Doação do Hospital de Cascais, ou na sua ausência pelo seu substituto, ou outro elemento da UCI.

5. Definições

ASST - Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação

IPST - Instituto Português de Sangue e Transplantação

Morte Cerebral - perda definitiva e irreversível, das funções/actividades do Tronco Cerebral.

7. Procedimento

Caso haja uma suspeita de morte cerebral ou alterações neurológicas graves deve ser contactado o Coordenador Hospitalar de Doação do Hospital, ou na sua ausência o seu substituto, ou outro elemento da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), para avaliação do ser possível/potencial dador de órgãos.

Este, após confirmação de morte cerebral, contacta o Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação sediado no Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN) informando da existência de potencial dador de órgãos e tecidos e providencia a colheita de produtos (sangue e gânglios inguinais) a serem enviados para a **Lusotransplante**.

Assunto: Nomeação do Coordenador Hospitalar de Doação de Órgãos

Por deliberação do Conselho de Administração de 25 de Março de 2010, foi nomeado o Dr. Armindo Ramos para Coordenador Hospitalar de Doação de Órgãos do HPP Hospital de Cascais, Dr. José de Almeida, de acordo com a Portaria nº 357/2008 [Série nº 90 de 9 de Maio].

Conclusão

- ❖ A doação de órgãos e tecidos é vista pela sociedade, em geral, como um gesto altruísta, considerado como o maior ato de bondade. Atualmente existem milhares de pessoas que precisam de um transplante para continuarem a viver ou melhorarem a sua qualidade de vida. (IPST, 2015)
 - ❖ A doação e transplantação de órgãos revela-se como o tratamento com a melhor relação custo-eficácia, como por exemplo a nível da insuficiência renal em fase terminal. (DGS, 2015)
-

Bibliografia

- Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação (ASST. (2010). *Relatório Estatístico 2010 - Colheita e* Despacho N.º 14341/2013. (2013). Diário da República, 2ª Série N.º 215. Lisboa
- Despacho N.º 16351/2012. Diário da República, 2ª Série (2012-12-24) n.º 248. (s.d.). *Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde*. Lisboa
- Direção Geral de Saúde (2013). *Centro de referência: Relatório Final*. Lisboa.
- Instituto Português do Sangue e Transplantação (2012). *Relatório Estatístico de 2012*.
- Instituto Português do Sangue e Transplantação (2013). *Relatório sobre as causas da diminuição das colheitas e transplantação de órgãos*.
- Instituto Português do Sangue e Transplantação (2014). *Colheita e transplantação*. Lisboa.
- Instituto português do Sangue e transplantação (2015). *Plano de Atividades ano 2015*. Lisboa.
-

Bibliografia

Sociedade Portuguesa de Transplantação (2013). Revista oficial da Sociedade Portuguesa de Transplantação.

Sociedade Portuguesa de Transplantação (2014). Revista oficial da Sociedade Portuguesa de Transplantação: Transmissão.

Transmissão. (2013). *Revista oficial da Sociedade Portuguesa de Transplantação*.

WHO. (2009). Global Glossary of Terms and Definitions on Donation and Transplantation.

APÊNDICE IV
QUESTIONÁRIO SOBRE A FORMAÇÃO

Questionário da Ação de Formação: Doação de órgãos e tecidos para Transplante

Género: ☐ Feminino ☐ Masculino

Data: __/__/____

1. Qual o primeiro órgão maciço humano a ser transplantado?

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rim | <input type="checkbox"/> Pâncreas |
| <input type="checkbox"/> Fígado | <input type="checkbox"/> Pulmões |

2. Quais as principais causas de morte cerebral?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> AVC | <input type="checkbox"/> Hidrocefalias |
| <input type="checkbox"/> Traumatismo craniano | <input type="checkbox"/> Tumores |

3. A que Gabinete de Coordenação de Colheita e Transplantação pertence o Hospital?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hospital Curry Cabral | <input type="checkbox"/> Hospital Universitário de Coimbra |
| <input type="checkbox"/> Hospital de Santa Maria | |
| <input type="checkbox"/> Hospital de São José | |

4. Qual é o país da europa com melhores resultados na área da doação e transplantação de órgãos?

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alemanha | <input type="checkbox"/> França |
| <input type="checkbox"/> Portugal | <input type="checkbox"/> Espanha |

5. Qualquer cidadão cuja vontade seja não doar os seus órgãos em caso de morte cerebral, tem o direito de efetuar a sua vontade junto de uma instituição, através de inscrição na rede, quais as suas iniciais?

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RENNDA | <input type="checkbox"/> RNNDP |
| <input type="checkbox"/> RNND | <input type="checkbox"/> RENNDP |

6. Que tipo de consentimento está em vigor em Portugal?
- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Primário | <input type="checkbox"/> Expresso |
| <input type="checkbox"/> Informado | <input type="checkbox"/> Presumido |
7. Na manutenção do potencial dador, o enfermeiro tem a função de controlar os valores de PAM, quais são os valores de referência?
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ≥ 55 mmHg | <input type="checkbox"/> ≥ 65 mmHg |
| <input type="checkbox"/> ≥ 60 mmHg | <input type="checkbox"/> ≤ 70 mmHg |
8. Quais os parâmetros avaliados e monitorizados pelo enfermeiro no potencial dador de órgãos?
- ☐ Hemoglobina e níveis de Potássio
 - ☐ Tempo de preenchimento capilar e glicémia
 - ☐ Temperatura e débito urinário
 - ☐ Ureia e Creatinina
9. Em caso de existência de um doente com suspeita de morte cerebral ou alterações neurológicas graves, quem deve ser contactado?
- ☐ Enfermeiro chefe do SU
 - ☐ Chefe de equipa Médica da UCI
 - ☐ Coordenador Hospitalar de Doação
 - ☐ Médico responsável pelo doente
10. Qual o órgão com maior número de casos transplantados?
- ☐ Pulmão
 - ☐ Pâncreas
 - ☐ Fígado
 - ☐ Coração

APÊNDICE V

ANÁLISE ESTATÍSTICA – TESTE WILCOXON

ANÁLISE ESTATÍSTICA DA FORMAÇÃO

Para saber se a formação teve um efeito positivo nos participantes, aos resultados dos questionários quis-se comparar o número de respostas certas por formando antes e depois da formação. Desta forma na tabela 1 foram reunidos os resultados das respostas certas, de cada formando, antes e após a formação.

Tabela 1: Respostas certas por formando antes e depois da formação

	1º Teste, respostas certas	2º Teste respostas certas
1	5	9
2	4	10
3	4	9
4	6	10
5	5	10
6	6	10
7	5	10
8	4	8
9	5	10
10	5	10
11	3	8
12	6	10
13	3	9
14	5	10
15	4	10
16	6	9
17	5	10
18	5	10
19	5	8
20	4	10
21	4	8
22	6	10
23	4	10
24	5	10
25	0	10

Para analisar os resultados recorreu-se ao teste estatístico não paramétrico de Wilcoxon, para comparações de pares, que tem como objetivo usar o método do *ranks* para se conseguir obter uma ideia aproximada da diferença entre os formandos antes e depois da

formação (<http://links.jstor.org/sici?sici=0099-4987%28194512%291%3A6%3C80%3AICBRM%3E2.0.CO%3B2-P>, pág.80).

Pressuposto: as amostras provêm de pares de uma população simétrica, isto é, as respostas corretas de um indivíduo são tidas em consideração antes e depois da formação independentemente do resto da população.

Usou-se como guia para aplicar o teste a metodologia descrita no capítulo 9.4.5 de Douglas G.Altman, pg.187, e então obtemos a seguinte tabela:

Tabela 2: Calculo dos *ranks*

For- mando	1º Teste, respostas certas	2º Teste respos- tas cer- tas	Dife- rença	Sinal da diferença	Diferença Absoluta	<i>Ranks da diferença</i>	Sinal do <i>rank</i>
1	5	9	-4	-1	4	6	-6
2	4	10	-6	-1	6	22	-22
3	4	9	-5	-1	5	14.5	-14.5
4	6	10	-4	-1	4	6	-6
5	5	10	-5	-1	5	14.5	-14.5
6	6	10	-4	-1	4	6	-6
7	5	10	-5	-1	5	14.5	-14.5
8	4	8	-4	-1	4	6	-6
9	5	10	-5	-1	5	14.5	-14.5
10	5	10	-5	-1	5	14.5	-14.5
11	3	8	-5	-1	5	14.5	-14.5
12	6	10	-4	-1	4	6	-6
13	3	9	-6	-1	6	22	-22
14	5	10	-5	-1	5	14.5	-14.5
15	4	10	-6	-1	6	22	-22
16	6	9	-3	-1	3	1.5	-1.5
17	5	10	-5	-1	5	14.5	-14.5
18	5	10	-5	-1	5	14.5	-14.5
19	5	8	-3	-1	3	1.5	-1.5
20	4	10	-6	-1	6	22	-22
21	4	8	-4	-1	4	6	-6
22	6	10	-4	-1	4	6	-6
23	4	10	-6	-1	6	22	-22
24	5	10	-5	-1	5	14.5	-14.5
25	0	10	-10	-1	10	25	-25

Determinou-se o somatório dos *ranks* com sinal positivo e negativo:

$$\sum R^+ = 0$$

$$\sum R^- = -325$$

Obtendo assim como teste estatístico $T = \min \{ R^+, R^- \} = \min \{ 0, 325 \} = 0$

Para o teste:

H_0 : Não existe diferença entre o 1º teste e o 2º teste

H_1 : Existe diferença entre o 1º teste e o 2º teste

Com um nível de significância de $\alpha=0.05$ e número de amostras $N = 25$ temos que, segundo a tabela de valores críticos de Wilcoxon (Anexo IV) de duas caudas, $T^* = 89$ concluindo assim que é possível rejeitar H_0 caso $T \leq 89$.

Conclusão:

A hipótese H_0 é rejeitada, logo é possível dizer existe diferença entre o 1º teste e o 2º teste para um nível de significância de $\alpha=0.05$.

Assim podemos dizer com um intervalo de confiança de 95% que a formação teve o efeito desejado.

APÊNDICE VI

CHECK LIST DE ATIVIDADES DE ENFERMAGEM RELACIONADAS COM O POTENCIAL DADOR DE ORGÃOS

CHECK LIST DE ATIVIDADES DE ENFERMAGEM RELACIONADAS COM O POTENCIAL DADOR DE ÓRGÃOS

1. POTENCIAL DADOR

1.1. Critérios:

Glasgow Coma Score 3	
Midríase sem resposta	
Sem respiração espontânea	
Sem reflexo de Gag	

1.2. Procedimentos/colheitas:

1 Tubo de Hemograma	
1 Tubo de Bioquímica	
1 Tubo de Coagulação	
Urina II	
Gasometria Sangue Arterial	
Hemocultura e <u>Urocultura</u>	

1.3. Estabilização e Manutenção Hemodinâmica e da Temperatura Corporal

2. CONTACTAR MÉDICO

3. PRIMEIRAS PROVAS DE MORTE CEREBRAL

3.1. Material

Soro Fisiológico a 4°C	
Cateter venoso periférico G14 (sem mandril)	
Seringa de 50 ml	
Ebonite/compressas	
Otoscópio	

3.2. Preparação do potencial dador

Cabeceira a 30°	
FiO2 a 100% durante 15min	

3.3. Prova de apneia com O2 a 8l/min por sonda pelo TOT, realizar GSA após a prova de apneia.

4. CONTACTAR O GCCT QUE REALIZARÁ A PESQUEISA NO RENND (negativa, continuar para o passo seguinte);

5. PRIMEIRA COLHEITA DE SANGUE

5.1. Virologia e Tipagem

6 Tubos Hemograma	
2 Tubos Bioquímica	
1 Seringa de 20ml <u>heparinizada</u> (dever-se-á aspirar 0,5 ml de heparina e desperdiçar posteriormente)	
<u>Tipagem</u> (se o PD não tiver)	

6. SEGUNDA COLHEITA

6.1. Gânglio Femoral

Caixa de colheita de gânglio (BO)	
Lâmina de bisturi	
Fio de sutura	
Desinfetante	
Frasco estéril	
Soro fisiológico (<u>temp. ambiente</u>)	

Contatar o serviço de apoio – Telefone 11260 - e encaminhar as amostras para Lusotransplantes

7. SEGUNDAS PROVAS DE MORTE CEREBRAL (a partir de 2h após as primeiras)

7.1.Material

Soro Fisiológico a 4°C	
Cateter venoso periférico G14 (sem mandril)	
Seringa de 50 ml	
Ebonite/compressas	
Otoscópio	

7.2.Preparação do potencial dador

Cabeceira a 30°	
FiO2 a 100% durante 15min	

7.3.Prova de apneia com O2 a 8l/min por sonda pelo TOT, realizar GSA após a prova de apneia.

8. DADOR EFETIVO

8.1.Médico e Enfermeiro da Unidade acompanham o dados ao BO

Nota:

- ✓ Para colheita de Pulmão, é necessário ventilar o doente com FiO2 100% durante 15min com PEEP 5, esperando um resultado de PaCO2 > 300 mmHg na GSA;
- ✓ Para colheita de órgãos abdominais, é necessário a realização de ECO abdominal;
- ✓ Para colheita de coração, é necessário a realização de ECO cardiograma.